

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

59

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1903, à 1 heure

Par AUGUSTE EHRMANN

Né à Strasbourg, le 21 mai 1876.

DES RAPPORTS DE L'APPENDICITE

AVEC

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. TROISIER
ACHARD } agrégés.
MÉRY }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.

Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL. <i>Chef des travaux anatomiques</i>
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEPAGE.	THIÉRY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

La question des rapports de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite a suscité depuis une dizaine d'années un grand nombre de travaux qui, alternativement, proclament l'indépendance ou la subordination des deux affections. Leur lecture n'entraîne ni jugement définitif, ni conclusion ferme et laisse le champ ouvert à toutes les hypothèses. Aussi, notre maître, M. le professeur agrégé Thirollox, nous ayant montré l'observation d'un malade chez lequel les deux affections avaient évolué simultanément, et ayant eu nous-même l'occasion d'observer un cas semblable, nous avons cru pouvoir faire de leur publication et des commentaires qu'ils suscitent le sujet de notre thèse inaugurale.

L'appendicite, satellite de l'entéro-colite muco-membraneuse, n'est-elle qu'une localisation du processus anatomo-clinique qui conditionne cette dernière affection ?

L'appendicite, indépendante des facteurs étiologiques de l'entéro-colite muco-membraneuse, est-elle une complication de cette dernière, qui agirait alors simplement comme cause prédisposante d'une maladie étiologiquement différente ?

A ces deux questions qui résument l'élément capital de toute maladie, l'étiologie, vient s'ajouter la question secondaire des variétés cliniques de l'appendicite des coli-

tiques muco-membraneux et de l'influence que peut avoir réciproquement sur l'une ou l'autre affection, soit le traitement de l'entérite muco-membraneuse sur les symptômes appendiculaires, soit la résection de l'appendice sur l'avenir de l'entéro-colite.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir à remplir, et nous sommes heureux d'avoir enfin une occasion d'exprimer bien faiblement la reconnaissance que nous devons à tous ceux qui ont facilité notre tâche pendant nos études. Tout jeune étudiant, M. le professeur agrégé Netter nous accueillit dans son service avec sa bienveillance habituelle et nous donna les premières leçons de séméiologie médicale. C'est à M. le professeur agrégé Lejars que nous devons les premiers éléments de notre éducation chirurgicale. M. le professeur agrégé Troisier fut pour nous un maître plein de sollicitude ; qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance. M. le D^r Péraire, pendant l'année que nous avons passée dans son service, ne cessa de nous prodiguer ses conseils ; nous nous souviendrons toujours des principes chirurgicaux qu'il a su nous inculper. M. le professeur agrégé Bezançon, pendant les quelques mois que nous passâmes dans son service, ne cessa jamais de nous témoigner sa sympathie.

C'est chez M. le D^r Doléris que nous avons appris la pratique des accouchements ; ses brillantes leçons de gynécologie nous resteront comme un des meilleurs souvenirs de notre passage dans son service. M. le professeur Pinard voulut bien nous accueillir dans son service pour y accomplir notre stage obstétrical ; qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance. M. le D^r Boissard

en nous admettant ensuite à la maternité de l'hôpital Tenon s'est également acquis des droits à notre profonde reconnaissance.

M. le professeur agrégé Thiroloix fut pour nous plus qu'un maître ; il nous a toujours donné des témoignages de son affection et, dans plusieurs circonstances particulièrement pénibles pour nous, il nous a donné les preuves d'un sincère attachement. Nous lui exprimons ici toute la reconnaissance que nous en éprouvons.

Nous ne pouvons terminer sans rendre l'hommage qui convient à la mémoire de notre regretté maître, M. le D^r Dreyfus-Brisac ; lui aussi nous témoignait une affection particulière, dont il nous a donné des preuves à diverses reprises.

Exprimons également notre reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils dans la rédaction de cette thèse, M. le D^r Michon, M. le D^r Delherm, M. le D^r Roux, qui ont bien voulu nous fournir des observations. M. le D^r Conchon (de Châtel-Guyon) a bien voulu nous envoyer quelques résumés d'observations et des considérations intéressantes sur sa pratique personnelle ; de M. le D^r Félix Bernard (de Plombières) nous avons reçu la communication du Congrès de Madrid : nous les remercions sincèrement des documents qu'ils nous ont fournis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153322_0050

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Après la magistrale étude que M. le professeur Dieulafoy avait faite de l'appendicite et qu'il avait si éloquemment exposée dans son cours de la Faculté de Médecine, il semblait que le sujet fût épuisé et que personne n'aurait rien à ajouter à la description qu'il avait faite de cette maladie. Mais l'impulsion était donnée et nombreux sont les auteurs qui portèrent leur attention sur l'appendicite et chacun apportant sa pierre à l'édifice, la conception de cette affection ne tarda pas à changer d'aspect.

L'étiologie et la pathogénie surtout inspirèrent de nombreux travaux, car il semblait paradoxal qu'une affection aussi fréquente et aussi terrible eût pu passer si longtemps inaperçue, au point même de n'avoir aucune place dans le cadre nosologique, quoique signalée et décrite depuis plus d'un siècle.

Après la communication sur l'appendicite que M. Dieulafoy fit à l'Académie de Médecine, communication dans laquelle il exposa la théorie du vase clos, émettant des conclusions d'une intransigeance rigoureuse, la discussion sur la pathogénie était ouverte. La discussion, reprise par MM. Laveran et Poncet (de Lyon), lesquels n'avaient

pas observé l'occlusion dans tous les cas, devait se continuer l'année suivante, sous l'impulsion de M. Reclus.

Dès 1896, la même discussion avait lieu à la Société de Chirurgie : Brun, Walther, Jalaguier, Tuffier, Quénu, Reclus, Pozzi, Reynier, Lucas-Championnière, Poncet s'élevaient contre la théorie trop exclusive de Dieulafoy ; tous citaient des cas d'appendicite précédés de colite muco-membraneuse ; dès lors l'infection prenait une part prépondérante dans la pathogénie ; Reclus émettait sa théorie de la stagnation.

L'année suivante, M. Reclus reprenait la discussion à l'Académie de Médecine ; avec MM. Laboulbène, Alb. Robin, Lucas-Championnière et Dumontpallier, il combattait la théorie de M. Dieulafoy, qui citait un relevé de 700 observations d'appendicite, les unes personnelles, les autres fournies par M. le professeur Potain, et M. Botten-tuit (de Plombières). La plupart des auteurs considéraient l'oblitération de l'appendicite comme une conséquence et non pas pour une cause de son inflammation.

Dans ces dernières années, la question de la pathogénie de l'appendicite et de ses rapports avec l'entéro-colite muco-membraneuse inspira de nombreux travaux ; citons encore les discussions de la Société médicale des hôpitaux où les adversaires de Dieulafoy furent MM. Mathieu, Siredey et Legendre (1897) discussion qui fut reprise en 1899. Nombre d'auteurs dans ces derniers temps se sont occupés de la question, qui a notamment fait le sujet de plusieurs thèses, dont celles de Vorbe et de Montais résumaient très clairement l'état des connaissances à l'époque où elles furent soutenues. Citons encore la com-

munication de M. le D^r Conchon (de Châtel-Guyon) au Congrès d'hydrologie de Clermont-Ferrand (octobre 1896), celle de M. Walther au Congrès de chirurgie de 1898, et enfin celle de M. Félix Bernard (de Plombières) au Congrès de Médecine de Madrid (avril 1903).

CHAPITRE II

Pathogénie de l'appendicite observée au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il n'est pas douteux, de nombreuses observations en font foi, que l'appendicite chronique se retrouve fréquemment chez des sujets ayant présenté à une époque plus ou moins éloignée de l'entéro-colite muco-membraneuse. Mais cette appendicite est-elle vraiment causée par la colite qui agirait comme cause prédisposante ? Ou devons-nous admettre avec MM. Dieulafoy et de Langenhagen que l'appendicite chez les colitiques n'est pas plus fréquente que chez les sujets sains et n'a aucun rapport avec la colite ?

La plupart des auteurs ne sont pas de cet avis ; dès 1896 M. Reclus, à la Société de Chirurgie d'abord, à l'Académie de Médecine ensuite, dans des discussions retentissantes, établissait que l'appendicite n'était pas une, et distinguait, au point de vue étiologique, trois variétés de cette affection :

1° Appendicites de cause locale (corps étranger).

2° Appendicites consécutives à une affection des voies digestives, à la faveur de la stagnation des liquides septiques dans l'appendice, qu'il compare à une fistule borgne interne.

3° Appendicites de causes générales (Jalaguier, Faisans).

L'étude que nous avons entreprise ici rentre bien dans

la deuxième catégorie ; M. Reclus, à l'appui de cette classification, rappelait l'histoire d'une malade qu'il avait vue avec M. Oettinger ; cette dame, à la suite d'un lavement de 300 grammes d'eau additionnée de 50 centigrammes de sublimé, avait eu une entéro-colite muco-membraneuse, et, quelques semaines plus tard, une appendicite.

A la même époque, M. Robin émettait à l'Académie de Médecine une théorie pathogénique ingénieuse ; selon lui, la cause primordiale était l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie. Cette affection, fréquente chez les arthritiques, provoquerait de la coprostase colique et cæcale, laquelle amènerait elle-même une réaction inflammatoire se traduisant par de l'entéro-colite muco-membraneuse ; le cæcum et consécutivement l'appendice participeraient à cette réaction catarrhale, et, grâce à sa structure anatomique, l'appendice, clos ou non, pourrait être atteint d'appendicite vraie, par infection microbienne. Sur un total de 1585 malades atteints d'hypersthénie gastrique, M. Robin aurait trouvé 82 fois des signes d'appendicite, et 33 fois le diagnostic formel en aurait été posé en consultation avec des médecins et des chirurgiens compétents.

Les intéressantes expériences de M. Beaussenat semblent donner raison à ceux qui pensent que l'appendicite n'est pas indépendante de l'entéro-colite. Ayant produit artificiellement chez des lapins une entérite, par ingestion de viande putréfiée, il injecta dans l'appendice, le jéjunum, la veine marginale de l'oreille des quantités variables de culture de coli-bacille et de streptocoque pyogène : tous présentèrent des lésions appendiculaires et périto-

néales, sauf le lapin témoin. Il est vrai que ces lapins avaient tous été atteints d'entérite infectieuse et non de colite muco-membraneuse. Malgré tout, ces expériences sont intéressantes et prouvent tout au moins qu'à la faveur d'une lésion intestinale l'appendice devient en quelque sorte un *locus minoris resistentie* et que, dans l'étiologie de l'appendicite, l'infection joue un rôle primordial.

M. Vorbe dans une très intéressante thèse a déjà tenté de démontrer que l'appendicite se trouve sous la dépendance de l'entéro-colite. Mais son argumentation n'est peut-être pas sans reproche. Il nous semble que c'est peut-être aller un peu loin que de vouloir rattacher à l'entérite muco-membraneuse les troubles gastro-intestinaux prémonitoires de l'appendicite déjà signalés par J. Simon en 1891. Ces symptômes, qui ne se retrouvent pas toujours d'ailleurs, consistent en alternatives de constipation et de diarrhée, avec malaises subits et digestions laborieuses : souvent on trouve de vives coliques, suivies d'endolorissement et de ballonnement du ventre, avec manque de souplesse des parois ; à ces signes s'ajoutent de l'agitation pendant le sommeil, des migraines, des nausées et des vomissements. Enfin arrive la crise appendiculaire.

Mais sont-ce bien là les symptômes d'entéro-colite muco-membraneuse ? non, mille fois non ; tant que le signe pathognomonique de l'affection, c'est-à-dire les selles accompagnées de glaires et de fausses membranes muqueuses, n'existe pas, nous n'avons pas le droit de dire : entéro-colite muco-membraneuse. Il en est de même de l'état des parois abdominales : M. de Langenhagen qui nous a donné une description si complète et si claire, de l'entéro-colite

muco-membraneuse, et après lui M. Alb. Mathieu, insiste au contraire sur ce fait que le relâchement des muscles de la paroi est un des symptômes cardinaux au point que beaucoup de sujets sont atteints de ploses viscérales (entéroptose, rein flottant et sont obligés de porter une sangle abdominale. Enfin le troisième symptôme, la sensation de la *corde colique* et de l'*intestin chiffon* au palper (Langenhagen, M. Vorbe le passe complètement sous silence.

Dans un autre chapitre M. Vorbe pense démontrer que l'appendicite est provoquée par la colite par ce fait que dans nombre de cas l'entéro-colite a persisté après l'appendicectomie. En serait-il autrement si les deux affections étaient indépendantes? Enfin nous verrons plus loin ce qu'il faut penser des conclusions qu'il tire de la comparaison entre l'anatomie pathologique des deux affections.

La question est en effet très complexe; s'il est avéré que souvent l'appendicite apparaît au cours ou à la suite d'une entéro-colite muco-membraneuse, on peut se demander si les deux affections ont simplement une évolution parallèle indépendante ou si, au contraire, il s'agit soit d'une propagation de la colite à l'appendice, soit de la création en cet organe par la colite d'un milieu favorable au développement de l'appendicite. Et si, à première vue, il semble rationnel de penser à une propagation de l'entéro-colite à l'appendice nous ne pouvons comprendre comment l'entéro-colite pourrait produire une affection comme l'appendicite dont les lésions sont si différentes.

Si nous nous reportons aux observations, nous verrons qu'il s'agit toujours d'appendicite chronique c'est-à-dire d'une forme torpide, à évolution lente, quelquefois avec

crises aiguës à répétitions. Ainsi que nous le verrons plus loin, le diagnostic de ces formes chroniques est souvent extrêmement délicat, et ce n'est que par un examen répété et l'analyse approfondi des symptômes que l'on arrive à les distinguer des entérites et des typhlites.

Nous devons donc tenir compte des erreurs de diagnostic qui ont pu être commises, et certainement plus d'une fois les manifestations d'une entéro-typhlo-colite ont été mises sur le compte d'une appendicite. Nous reproduisons à ce propos une observation intéressante par ce fait qu'à un moment l'entéro-colite simulait l'appendicite, et que ce ne fut que plus tard que l'appendicite se déclara (Obs. VII de MM. Dalibé et Chevallier).

Il n'est pas douteux cependant que l'appendicite chronique puisse être amenée par l'entéro-colite. L'observation rapportée par M. Reclus, à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie, a, suivant sa propre expression, toute la valeur d'une expérience de laboratoire. Les expériences de Beaussenat, nous l'avons vu également, sont concluantes.

Il est impossible enfin de ne pas tenir compte de la fréquence de l'appendicite consécutive à l'entéro-colite muco-membraneuse. Dans la discussion à la Société de Chirurgie, en 1896, M. Walther citait sa statistique personnelle : sur 27 cas d'appendicite, il y avait 14 fois *relation évidente* entre l'appendicite et un état d'infection intestinale ; sur ces 14 cas, il s'agissait une fois d'entéro-colite aiguë, 11 fois d'entéro-colite chronique.

Dans sa communication au Congrès de Madrid, le D^r Bernard donnait les chiffres de sa pratique à Plombières :

sur un total de 1.100 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse l'appendicite a existé dans une proportion de 6,9 p. 100 ; chez les enfants la proportion atteint même 11 p. 100.

Etant donné ces chiffres, il paraît impossible de ne pas voir là plus qu'une coïncidence. Une conception séduisante *a priori* pourrait faire croire, comme cela a été affirmé, que les lésions appendiculaires ne sont qu'une localisation de l'entéro-colite et que l'appendicite ne devrait sa symptomatologie particulière qu'à la structure spéciale de l'appendice vermiculaire, si riche en follicules clos et en vaisseaux lymphatiques. Cette interprétation ne nous paraît pas correspondre à la réalité des faits.

Dans l'appendicite il y a en effet quelque chose de plus que dans l'entéro-colite muco-membraneuse ; déjà l'étude des lésions anatomo-pathologiques doit conduire à cette conclusion : les altérations de la muqueuse intestinale dans l'entéro-colite muco-membraneuse ne sont-elles pas des plus banales ? Les expériences de Beaussenat sont démonstratives : l'entéro-colite était incapable de produire l'appendicite, et ce n'est qu'à la faveur d'une infection surajoutée, soit locale, soit générale (voie sanguine), que les lésions organiques de l'appendice ont fait leur apparition. Dès lors il est facile de suivre l'évolution des faits, pour ainsi dire pas à pas : l'entéro-colite, en se généralisant à toutes les portions de l'intestin, y compris l'appendice, crée en cet organe un *locus minoris resistentiæ*, une inflammation chronique s'y installe et s'y cantonne, d'autant plus rebelle que l'écoulement des sécrétions y est plus difficile ; les choses pourront en rester là, ne se révéler

par aucun signe clinique, ce qui explique ces trouvailles d'autopsies d'un appendice enflammé chroniquement sans que le sujet n'en ait jamais rien ressenti durant sa vie (appendicisme de M. Bernard).

Survienne alors une infection secondaire, soit que la virulence des germes pathogènes de l'intestin soit exaltée sous une influence quelconque, soit que l'infection provienne d'une maladie intermittente, l'appendicite sera constituée. En résumé, l'entéro-colite muco-membraneuse ne serait qu'une cause prédisposante à l'appendicite, laquelle ne se développe que sous l'influence d'une infection surajoutée, cette dernière serait la véritable cause efficiente.

L'observation de M. Pozzi, que nous rapportons, fait bien comprendre ce processus, puisque sa petite malade, à la faveur de sa colite muco-membraneuse a eu une infection pour ainsi dire parallèle de son appendice et de son canal cholédoque.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

En étudiant parallèlement les lésions de l'appendicite chronique et de l'entéro-colite muco-membraneuse, on ne tarde pas à s'apercevoir, qu'elles sont d'un ordre tout à fait différent.

L'entéro-colite muco-membraneuse présente en effet des altérations simples, banales, sans lésions organiques notables. Le contrôle de ces lésions sur la table d'autopsie est extrêmement rare, parce qu'on ne meurt pas de colite muco-membraneuse. Il existe cependant quelques autopsies dans la science ; les plus connues sont celles des frères Rothmann.

Le malade d'O. Rothmann ne présentait aucune altération de la muqueuse intestinale. M. Rothmann trouva chez son malade la muqueuse du côlon transverse plissée et injectée ; entre les plis se trouvaient des coulées blanchâtres en forme de membranes ou de tractus. La muqueuse du côlon ascendant, distendue par les matières fécales, était rouge, mais ne portait aucune trace de muco-membranes. Le côlon descendant, au contraire, et le rectum étaient tapissés de fausses membranes qui se détachaient facilement sans déterminer de perte de substance, d'une façon analogue aux enduits pultacés de l'amygdale. De la

face profonde de ces membranes portaient des tractus muqueux qui s'enfonçaient dans l'embouchure dilatée des glandes et pénétraient jusque dans les culs-de-sac. Enfin la muqueuse était un peu épaissie et entre les tubes glandulaires il y avait une active prolifération cellulaire.

Pour M. de Langenhagen, les altérations de la muqueuse sont superficielles et toutes catarrhales ; il a souvent rencontré de la desquamation épithéliale et fait remarquer que les glandes ont un aspect boursouflé.

Simpson, en 1855, avait, il est vrai, décrit une éruption papuleuse de la muqueuse du côlon et de la partie inférieure de l'intestin grêle ; Wannebroucq a signalé des lésions encore plus profondes : prolifération du tissu conjonctif, larges ulcérations pouvant aller jusqu'à la perforation ; mais personne jusqu'ici n'a pu vérifier les constatations de ces deux auteurs.

Tout autres, au contraire, sont les lésions appendiculaires. Macroscopiquement on trouve une augmentation de volume pour ainsi dire constante de l'appendice ; la longueur de l'appendice est en général de 8 à 10 centimètres et peut même aller jusqu'à 13 centimètres (obs. I) Tantôt la surface extérieure est lisse, tantôt, au contraire, irrégulière, moniliforme, présentant des rétrécissements qui limitent des dilatations ; dans un cas même l'un des rétrécissements est complètement oblitéré, limitant un véritable kyste. Quant à l'épaisseur qui participe en général à l'augmentation de volume, elle varie de celle d'une plume d'oie à celle du petit doigt. On trouve constamment une vascularisation superficielle.

L'appendice est presque toujours trouvé en arrière ou à

la face interne du cæcum, en position ascendante ; il est la plupart du temps adhérent soit à cet organe, soit à l'épiploon qui participe au travail inflammatoire ; au toucher, il est dur, donnant la sensation de tissu fibreux. Notons enfin que la coudure est rare, puisqu'elle n'est mentionnée que dans un cas, provenant d'une sténose cicatricielle ; une seule fois aussi l'appendice était tordu.

En dehors de l'épiploïte plus ou moins ancienne, les lésions de voisinage sont rares ; deux fois seulement il est fait mention de péritonite localisée, suppurée dans le premier cas (obs. III) séreuse dans l'autre (obs. XXIV).

Presque toujours la cavité appendiculaire est libre, perméable, rarement agrandie. Dans quelques cas seulement on trouve en amont d'un rétrécissement une dilatation du calibre, pouvant aller jusqu'à la formation d'un kyste lorsque l'oblitération est complète (appendicite atrophique ou ectasique et kystique, de Letulle et Weinberg).

Au point de vue histologique, l'aspect des lésions est fort variable. Quoique nous n'ayons pu réunir qu'un petit nombre d'observations dans lesquelles l'examen microscopique a été fait, il est possible cependant de se rendre compte des lésions. Dans quelques cas la muqueuse paraît presque saine, simplement congestionnée, ou présentant une suffusion sanguine ; il s'agit probablement du premier stade inflammatoire de cette maladie à évolution si lente et si torpide. A un stade plus avancé, la muqueuse présente un piqueté rouge de folliculite.

La plupart du temps, la muqueuse est épaissie, soit régulière, soit d'aspect chagriné ; ce dernier aspect lui vient de ce que les follicules enflammés, et pour ainsi dire étouffés

par la périfolliculite (lésions de sclérose, font saillie sous la muqueuse à la façon de villosités ou de papilles.

Les altérations des couches profondes sont beaucoup plus rares ; les deux couches musculuses n'ont été trouvées altérées dans aucun cas, sauf dans un, où elles étaient envahies par un œdème très léger en même temps que la sous-muqueuse. Quant à la sous-séreuse, on y trouve quelquefois des lésions oblitérantes de ses vaisseaux, de même que dans le méso-appendice.

Une seule fois il y avait une ulcération (obs. XVIII) avec menace de perforation. Quant au cas que nous rapportons avec perforation de l'appendice, il s'agissait d'une appendicite aiguë, gangreneuse.

En somme, nous voyons que la folliculite est la lésion constante, notée dans toutes les observations. Weinberg distingue une forme atrophique, à laquelle correspondraient tous les cas d'ectasies, de kystes et d'ulcération chronique. La variété hypertrophique, plus fréquente, comprendrait la folliculite chronique hypertrophique proprement dite et la sclérose généralisée (obs. XVIII). Il semble qu'il s'agisse presque constamment de folliculite hypertrophique, dans laquelle les organes lymphoïdes pénètrent dans le chorion en écartant les glandes de Lieberkühn ; à un stade très avancé cette altération peut même aller jusqu'à l'oblitération de la lumière du canal.

Reste la question encore si controversée des corps étrangers ; ces derniers sont mentionnés cinq fois ; la plupart du temps ce sont des boulettes fécales ; une fois nous trouvons plusieurs calculs formés de phosphates et de carbonates, une fois des pépins de raisin avec deux amas

de matière stercorale. Il semble donc que la lithiasé appendiculaire soit rare ; quant aux concrétions fécales, nous croyons, contrairement à l'opinion de Talamon qu'ils sont autochtones, car ils n'ont que rarement une forme arrondie. Mathieu pense que la plupart des corps étrangers ne sont que des amas de matière fécale ayant pris la forme et l'aspect de pépins de raisin ou de noyaux de cerise ; le calcul le plus gros qui ait été mentionné dans nos observations avait le volume d'une lentille.

Notre dernière observation a trait à une appendicite aiguë avec perforation ; l'examen histologique n'en a pas été fait, mais rien ne nous autorise à penser que les lésions n'étaient pas les mêmes que dans les autres cas aigus. La cavité renfermait une petite boulette de matière fécale, molle.

CHAPITRE IV

Symptômes.

Les symptômes, nous devons nous y attendre, d'après ce que nous avons vu dans le chapitre précédent, sont ceux de l'appendicite chronique ou subaiguë. La forme aiguë est rare ; Beurnier a signalé que sur cinq malades présentant simultanément de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite, un seul avait une appendicite franche ordinaire, les quatre autres avaient la forme sourde subaiguë ; cette proportion doit être beaucoup plus faible en réalité, croyons-nous.

Ce qui donne ici un aspect spécial à l'appendicite, c'est que ses signes sont masqués et modifiés par ceux de l'entéro-colite et ceux des ptoses viscérales qui s'observent d'une façon presque constante au cours de la colite. La plupart de ces malades sont des nerveux, dont le nervosisme s'exagère encore du fait de leur affection ; ces malades sont souvent tentés d'exagérer les phénomènes douloureux et de les rapporter à des régions variables ou mal déterminées.

Le symptôme primordial, celui qui doit avant tout attirer l'attention du médecin, c'est la douleur ; celle-ci n'a jamais manqué. Tous nos malades ont eu à un moment donné une douleur tout à fait différente des douleurs ab-

dominales généralisées de la colite ; le petit malade, dont M. Pozzi rapporte l'histoire, distinguait très nettement ces deux ordres de phénomènes douloureux. Constamment nous trouvons une douleur, qui tout en se généralisant à tout l'abdomen, est prédominante dans la fosse iliaque droite ; c'est à ce niveau que la douleur débute, pour y persister alors qu'elle a disparu autre part.

Cette douleur présente en outre des irradiations variables, du côté du foie et de la cuisse droite surtout ; quelquefois vers l'épigastre ou l'ombilic. Les sensations de tiraillements dont les malades se plaignent souvent doivent être attribuées soit à des adhérences (Walther), soit à des réflexes du plexus solaire (Rastouil). La douleur est enfin presque continue, sourde, avec des exacerbations survenant sans cause appréciable, ou bien à la suite de fatigue, de marche, de voyage en voiture, de constipation.

Assez souvent ces crises sont précédées d'un état gastro-intestinal avec anorexie, nausées et vomissements presque toujours bilieux, langue saburrale.

La douleur spontanée de l'appendicite diffère donc de celle de l'entéocolite muco-membraneuse par sa localisation, son caractère (sensation de « feu » dans la colite), sa continuité, enfin par ce fait qu'elle ne se termine pas par une débâcle.

Lorsque l'on examine le malade, la paroi abdominale est le plus souvent flasque, rarement on trouve un ballonnement localisé à la fosse iliaque droite. Exceptionnellement il existe de l'hyperesthésie cutanée et de la défense musculaire à ce niveau. La palpation réveille la douleur locale en un point toujours bien limité, au point de Mac-

Burnay ; quelquefois ce point douloureux est situé un peu au-dessus ou au-dessous, l'appendice ayant changé de place par suite de ses adhérences avec les organes voisins. Walther insiste avec juste raison sur ce fait que la douleur provoquée persiste après chaque séance de palper, quelquefois pendant plusieurs heures.

La palpation nous fournit encore un autre renseignement de la plus haute importance ; la main, déprimant doucement et profondément la paroi dans la fosse iliaque sent une tuméfaction globuleuse, sans limite précise en haut ; quelquefois ce n'est qu'un noyau induré, très limité, du volume d'une grosse noix (ganglion de Clado?), quelquefois une tumeur présentant un empâtement et même de la fluctuation profonde. On comprend que les sensations perçues soient très différentes, selon que le cæcum participe ou non au processus inflammatoire, selon qu'il y a péritonite ou non, qu'elle soit localisée ou diffuse. La percussion dénote de la submatité.

Quelquefois les auteurs ont noté aussi la perception d'un cordon induré, qui correspondrait à l'appendice. Ce signe, lorsqu'il existe, serait d'une haute valeur, mais on comprend qu'il manque souvent, l'appendice étant souvent caché derrière le cæcum et accolé à sa paroi. D'ailleurs une bride fibreuse pourrait donner la même sensation et induire l'observateur en erreur.

Les phénomènes généraux se réduisent en général à peu de chose ; outre les troubles gastro-intestinaux qui marquent le début de la crise et la précèdent souvent (J. Simon), on trouve quelquefois une élévation de température qui ne dépasse pas 39°. L'état général n'est pa

ordinairement très mauvais ; il y a souvent un affaiblissement marqué et des troubles d'inanition, qui sont peut-être plutôt causés par la colite. Rarement nous avons relevé un état cachectique avec teint terreux, yeux cernés, amaigrissement très prononcé et perte des forces.

Nous n'insisterons pas sur les signes de péritonite qui peuvent exister, celle-ci étant rare et ne présentant rien de particulier. Ajoutons encore que les symptômes d'entéro-colite persistent, rendant ainsi plus difficile l'examen des malades.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Nous aurons à faire ici d'abord le diagnostic de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse ; en d'autres termes, un malade étant atteint de colite muco-membraneuse, comment le médecin pourra-t-il dépister l'appendicite si elle se développe au cours de cette affection.

Nous venons de décrire les symptômes de l'appendicite et nous avons suffisamment indiqué ceux de l'entéro-colite en discutant la pathogénie pour n'avoir pas à y revenir ici. Le diagnostic sera souvent très difficile à faire, les caractères n'étant pas toujours aussi tranchés que notre description pourrait le faire croire, et la plupart du temps ce n'est que par un examen méthodique, plusieurs fois répété, que le médecin arrivera à faire la part des deux maladies.

Le diagnostic des deux affections se fera surtout par l'analyse du phénomène douleur et par les renseignements fournis par la palpation. Alors que dans l'entéro-colite la douleur est diffuse dans tout l'abdomen, comparée par les malades à une torsion, une brûlure, un « feu », dans l'appendicite elle est plus fixe, plus localisée à la fosse iliaque, avec des irradiations que nous avons indiquées dans les lombes, le foie, la cuisse droite, les testicules.

La palpation dans l'appendicite décèlera quelquefois de

l'hyperesthésie cutanée, de la défense musculaire, de la contracture musculaire, toujours de la douleur au point de Mac Burney avec tuméfaction ou empâtement profonds au même niveau. Chez le colitique, au contraire, la paroi est uniformément flasque, le gros intestin, alternativement contracturé ou relâché, fournit les sensations du boudin cæcal, de la corde colique et de l'intestin chiffon (Langenhagen) : jamais de douleur fixe au point de Mac Burnay, jamais d'empâtement ni de tumeur à ce niveau.

Il nous semble que, malgré la délicatesse du diagnostic, il suffira que le médecin, prévenu de la possibilité d'une appendicite au cours d'une entéro-colite, en cherche systématiquement tous les symptômes au cours de cette dernière affection, pour qu'il arrive toujours à la dépister lorsqu'elle se développe.

Abordons maintenant la deuxième question, celle du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les autres affections qui peuvent la simuler. La typhlite, qui accompagne fréquemment l'appendicite dans ces cas chroniques se traduit par une tuméfaction plus volumineuse dans la fosse iliaque droite, tumeur globuleuse, arrondie à sa partie inférieure sans limite précise en haut ; la douleur, plus diffuse également, ne présente pas les mêmes paroxysmes et n'a pas un siège limité au seul point de Mac Burnay.

Souvent le diagnostic est flottant entre l'appendicite et une affection utéro-anorexienne, la salpingo-ovarite notamment. Dans ce cas, le toucher vaginal sera d'un grand secours et pour certains auteurs le toucher rectal serait aussi d'une grande utilité.

Rastouil, dans sa thèse, a décrit trois formes anormales d'appendicite chronique selon la prédominance de l'un des symptômes.

a) *Forme douloureuse*. — Les douleurs revêtent plusieurs modalités. Tantôt sourdes et persistantes, tantôt légères, fugaces, intermittentes, avec irradiations variables. Des erreurs de diagnostic pourront être commises ; l'irradiation de la douleur au foie, surtout avec ictère concomitant (qui a été signalé) et vomissements bilieux pourra faire penser à une affection hépatique ; d'autres fois on cherchera dans les reins, l'estomac ou les organes génitaux l'explication d'une douleur qui a sa véritable origine dans l'appendice.

b) *Forme dyspeptique*. — Ici les troubles gastro-intestinaux passent au premier plan ; l'erreur sera d'autant plus facile que la dilatation est un phénomène constant au cours de la colite. Du reste, par suite de la solidarité étroite qui lie toutes les parties du tube digestif, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on trouve des troubles de l'estomac au cours d'une affection de l'intestin.

c) Enfin dans la *forme nerveuse*, caractérisée par un nervosisme exagéré, le malade est souvent incapable de préciser le siège de sa douleur et, à des examens successifs, en indique un siège chaque fois différent. La place importante que prennent ici les douleurs réflexes, et la tendance qu'a souvent le malade à exagérer sa douleur, font que plusieurs fois le diagnostic de péritonite généralisé a été posé lorsqu'il y avait du ballonnement du ventre ; l'absence de température fera facilement éviter cette erreur.

Ces formes anormales doivent être rares ; néanmoins il

sera bon d'avoir leur possibilité présente à l'esprit pour éviter les erreurs de diagnostic. Quant à l'appendicite aiguë, elle est exceptionnelle ; peut-être est-elle sans rapport avec l'entéro-colite : dans le cas que nous rapportons, celle-ci était guérie depuis un certain temps. Son diagnostic ne présente rien de particulier.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic est bénin ; l'appendicite chronique n'expose que rarement à la perforation. Dans un seul des cas que nous rapportons, l'appendice était prêt à se perforer. Cependant ici la situation s'assombrit un peu par ce fait que l'entéro-colite ayant provoqué l'appendicite, cette dernière semble entretenir l'entéro-colite ; il y a une sorte de cercle vicieux, et la guérison de la colite ne sera possible qu'après guérison de l'appendicite.

Tant que l'appendice infecté est là, comme une épine irritante, l'entéro-colite continue son évolution. Est-ce à dire que cette dernière doive guérir à la suite de l'opération ? Non : les observations sont là pour prouver le contraire, et d'ailleurs, *a priori*, nous ne comprendrions pas comment une inflammation catarrhale de l'intestin préexistante pourrait guérir par l'excision de l'appendice ; mais l'appendice une fois excisé, il semble que l'entéro-colite cède plus facilement aux moyens thérapeutiques employés contre elle.

CHAPITRE VII

Traitement.

L'accord sur le traitement de l'appendicite n'est pas encore fait. A côté des partisans de l'intervention chirurgicale d'emblée et des partisans du traitement médical, le camp des temporisateurs compte des adeptes de plus en plus nombreux. Si le traitement médical a quelques succès à son actif, le traitement chirurgical d'emblée nous paraît excessif, étant donné le pronostic bénin de l'appendicite chronique. La plupart des chirurgiens ont adopté pour ligne de conduite une sorte d'« expectation armée », prêts à intervenir lorsque la situation s'aggrave et si après une ou plusieurs poussées aiguës la vie du malade paraît en danger.

Mais dans le cas qui nous occupe, la situation est plus complexe. Non pas que l'appendicite soit plus grave que lorsqu'il n'y a pas d'entéro-colite muco-membraneuse, mais parce que l'entéro-colite ne guérira qu'après l'appendicite.

Nous pensons donc qu'il ne faut pas se hâter d'opérer tant que la situation n'a pas de tendance à s'aggraver. On essaiera d'abord les moyens médicaux. L'indication thérapeutique primordiale est de combattre la coprostase qui favorise les fermentations et les infections secondaires ; le

malade aura recours aux purgatifs répétés et non pas à l'opium qui ne ferait qu'augmenter la constipation ; en général, tant que le malade va à la selle, il se porte relativement bien. Quel purgatif employer ? Un purgatif doux, pour ne pas augmenter l'irritation de la muqueuse intestinale : la magnésie, l'huile de ricin, le calomel même (Lucas-Championnière).

Le traitement spécial de l'entéro-colite ne sera pas négligé. M. de Langenhagen proscrit les purgatifs et conseille l'opium ; nous venons de voir que dans le cas de complication appendiculaire l'opium était à rejeter. Le malade fera des irrigations intestinales quotidiennes, soit avec un litre ou un litre et demi d'eau bouillie tiède, soit avec de l'infusion de guimauve ou de camomille (Alb. Mathieu) ; les lavements huileux sont également à recommander. Un régime alimentaire rigoureux sera institué ; on proscrira tous les aliments irritants pour le tube digestif, les sauces, les crudités, le gibier, le poisson de mer, l'alcool, le café, les épices ; le malade ne prendra que des viandes grillées ou rôties, surtout des viandes blanches, des purées de légumes, des fruits en compote ; du lait et de l'eau comme boisson. Enfin, il ne faudra pas négliger, lorsque faire se pourra, une cure hydrominérale à Plombières ou à Châtel-Guyon.

Les agents physiques sont de précieux auxiliaires du traitement de la colite muco-membraneuse ; le massage méthodique du côlon et de la paroi abdominale, en réveillant leur tonicité, agit efficacement contre la constipation. L'emploi des courants continus et du lavement électrique donne également d'excellents résultats, et amène la plu-

part du temps la désobstruction du tube digestif dans les cas rebelles aux purgatifs.

Ce traitement devra être suivi pendant un certain temps, mais le plus souvent il faut en arriver au traitement chirurgical, qui seul pourra délivrer le malade, lorsque l'infection appendiculaire sera avancée et aura déjà produit des lésions irréparables. Nous ne décrirons pas ici le manuel opératoire, qui est connu et a été décrit par des auteurs plus compétents et plus autorisés. Disons seulement que l'opération doit être complète, que l'appendicectomie est le seul moyen radical.

Ce n'est qu'après l'opération que l'on pourra agir efficacement sur l'entéro-colite muco-membraneuse, l'appendice n'étant plus là pour maintenir l'intestin en état d'irritation constante. Ce n'est qu'alors que le traitement de la colite, dont nous avons parlé plus haut, sera véritablement efficace, et l'expérience démontre que les entéro-colites les plus rebelles ont guéri rapidement après l'intervention chirurgicale, non pas du fait même de cette opération, qui semble, au contraire, produire quelquefois une recrudescence des phénomènes intestinaux, mais parce qu'alors, le médecin ne se trouvant plus en présence que de la colite, les moyens thérapeutiques produisent tout leur effet sur cette dernière maladie.



OBSERVATIONS

OBS. I. — (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr THIROLOIX.)

M. L..., 42 ans, employé de commerce, souffre depuis l'âge de 18 ans de « crises douloureuses abdominales ». Il nous donne à la date du 2 février 1902, jour où nous le voyons pour la première fois, les renseignements suivants :

Son père, âgé de 70 ans, a une santé parfaite. Sa mère est morte à 65 ans d'un cancer de l'intestin.

Enfant il a eu une rougeole.

A 18 ans (1879) débute l'affection abdominale par des crises douloureuses abdominales, survenant subitement, à intervalles irréguliers, s'accompagnant de vomissements bilieux et de diarrhée, et dont la durée moyenne est de 12 heures. Cette phase gastro-intestinale dure deux ans.

A 20 ans (1881), M. L... part soldat. Au régiment, et pendant les quatre années qu'il y fait, sa santé est excellente.

A 27 ans (1888), il contracte accidentellement (?) un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, chancre suivi de roséole et de plaques muqueuses qui nécessitent un traitement mercuriel prolongé.

A 28 ans (1889), M. L... est atteint d'une attaque de polyarthrite fébrile, sans localisation cardiaque.

A la même époque, les crises douloureuses gastriques, après une période de latence de dix années, reparaissent. Les digestions deviennent pénibles et sont suivies d'une sensation pénible de pesanteur gastrique et de temps à autre de vomissement des aliments ingérés. Pendant trois semaines M. L... traverse une période terrible d'intolérance gastrique : l'eau et un peu de lait sont seuls tolérés.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire pendant treize ans, l'existence de M. L... n'a jamais été normale, marquée par des paroxysmes douloureux gastro-intestinaux, séparés par des périodes de calme complet. Les paroxysmes étaient caractérisés par la venue subite de douleurs abdominales, l'apparition de vomissements bilieux, d'une durée variable de quelques heures à 2 ou 3 jours, avec apyrexie complète, et leur terminaison était marquée par une débâcle intestinale de glaires et de fausses membranes, sans sable. Quant aux périodes de calme, leur durée a varié de quelques semaines à 6 mois. En quatorze ans, M. L... a maigri de 10 kilogs.

En février 1902, nos constatations sont les suivantes : M. L... quoique très maigre est bien musclé. La paroi abdominale est flasque, tombante et le port d'une sangle procure un bien-être sensible. La main perçoit dans la fosse iliaque droite une tuméfaction irrégulière, douloureuse, réductible. L'estomac est ptosé, dilaté et donne un glouglou sus-ombilical. La constipation est habituelle et chaque garde-robe est accompagnée d'élimination de glaires et de fausses membranes. Le foie et la rate sont normaux. Le rein droit n'est pas déplacé. On constate au niveau de l'anus de gros bourrelets hémorroïdaires qui fréquemment sont le siège d'hémorragies abondantes. Il n'y a pas de varices des membres inférieurs. La langue est légèrement saburrale ; la face interne de la joue gauche présente un grand placard de leucoplasie.

En mars 1902, l'état de M. L... reste stationnaire. Le rectum est prolabé et les hémorroïdes sont énormes. Les mucosités paraissent être moins abondantes.

En août 1902, M. L... fait une cure à Châtel-Guyon, mais n'en tire aucun bénéfice. La tuméfaction cœcale, soigneusement massée pendant la cure hydro-minérale, est plus sensible au palper.

Aussi après essai de cures de repos, d'alimentations variées, de médicaments divers ingérés ou injectés par la peau (alcalins, caco-dylate, désinfectants intestinaux, irrigations de toute espèce), M. L... se décide *en mai 1903* à une intervention chirurgicale.

L'opération est pratiquée le 8 mai 1903 par M. le Dr Potherat, à la maison municipale de santé. Au cours de l'opération on constate

que le cæcum est prolabé, adhérent par des tractus légers aux organes voisins. L'appendice apparaît allongé (13 cm.), dur, comme en érection, régulier, adhérent, gros comme un lombricoïde; la muqueuse est épaissie, régulière, non ulcérée. Sa cavité n'est pas agrandie, son orifice cæcal n'est pas oblitéré, mais elle contient deux calculs gros comme des haricots, verdâtres, de consistance pâteuse, comme du savon de toilette. Il est réséqué à son point d'implantation.

Les suites ont été *benignes*; mais quatre ou cinq jours après l'opération, le malade présente une crise douloureuse d'entérite avec glaires et fausses membranes.

Depuis (7 sept. 1903) les crises ont été sans cesse en s'éloignant, en diminuant d'intensité et aujourd'hui M. L..., qui a augmenté de 40 kilogs, a pu reprendre ses occupations: il se considère comme en parfaite santé.

OBS. II. — (Personnelle, inédite, recueillie dans le service de M. MICHON, hôpital Lariboisière.)

Mlle X..., 26 ans, manutentionnaire.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Un frère, habituellement constipé, a été opéré à chaud d'appendicite, il y a huit ans.

Antécédents personnels. — La malade a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au début de l'année 1903.

Au mois de février dernier elle a commencé à souffrir de son ventre; elle ressentait des douleurs violentes dans tout l'abdomen, sans siège précis, qu'elle compare à des brûlures. Depuis cette époque également elle se plaint d'une constipation opiniâtre; elle ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours; la terminaison de ces périodes de coprostase est caractérisée par une recrudescence des phénomènes douloureux et par une débâcle diarrhéique; les selles sont constituées par un liquide jaunâtre, contenant des scybales, des glaires et des fausses membranes: la malade nous explique qu'elle voyait des bandes de peaux blanches, de longueur variable.

Les choses restèrent en cet état pendant deux ou trois mois; puis la douleur eut une tendance à se localiser dans la fosse iliaque droite, tout en conservant des irradiations dans tout l'abdomen. Le

point douloureux de la fosse iliaque était surtout marqué au moment des règles.

La douleur devenant persistante, avec de temps en temps des paroxysmes très violents, la malade se décide à entrer à l'hôpital Lariboisière, où elle est reçue dans un service de médecine (juillet 1903). Là l'hypothèse de la participation de l'appendice au processus inflammatoire est soulevée, mais le diagnostic ferme d'appendicite n'est pas posé. A la fin du mois, elle rentre chez elle pendant cinq jours et rentre à l'hôpital le 6 août, encore en médecine. Cette fois le diagnostic d'appendicite est nettement posé. Pendant les huit jours que la malade passe dans ce service, elle est soumise au traitement opiacé ; pendant ces huit jours elle n'a pas une seule garde-robe.

Puis elle passe en chirurgie, chez M. le Dr Michon, où elle reste encore constipée pendant quatre jours (au total douze jours de constipation) ; puis on lui donne successivement deux lavements purgatifs qui amènent des évacuations abondantes, contenant toujours des glaires et des peaux. A partir de ce moment on lui fait un lavage quotidien de l'intestin avec 1 litre 1/2 d'eau bouillie.

Pendant ce temps la douleur dans la fosse iliaque droite persiste et la malade est prise de vomissements verdâtres et glaireux. En même temps, la malade, qui jusqu'alors avait été apyrétique, présente une élévation de température (38°2 le 11 août au soir) ; la température se maintient aux environs de 38° pendant les jours suivants. Mlle X... a eu également des sueurs froides.

OPÉRATION, le 2 septembre (1). — Malade en position légèrement déclive. Laparotomie latérale, suivant le procédé de Jalaguier ; pas de liquide péritonéal, pas d'adhérences. Le cæcum est dilaté ; pas de vascularisation sur sa paroi. Appendice libre, ayant 12 centimètres de longueur et extérieurement d'apparence normale ; peut être un peu vasculaire.

Ablation très facile ; catgut au méso-appendice d'épaisseur normale ; catgut à la base de l'appendice : section puis cautérisation de la mu-

(1) La relation de l'acte opératoire nous a été obligeamment fournie par M. le Dr Michon ; nous le remercions ici bien vivement.

queuse. Suture de la manchette péritonéale au catgut fin, puis enfouissement sous l'angle iléo-cæcal antérieur. Suture de la paroi au catgut, sans drainage.

Examen de la pièce. — L'appendice, enlevé et fendu suivant la longueur, contient de la matière fécale en purée ; pas de corps étranger, pas de rétrécissement ; en un mot, sauf la longueur exagérée de l'appendice, aucune lésion macroscopique appréciable.

Aucun examen microscopique n'a été fait.

Suites opératoires. — Normales et régulières ; pendant quelques jours la température est restée aux environs de 38° ; elle est redescendue progressivement et reste normale.

L'incision opératoire est cicatrisée (cicatrice linéaire, souple, non adhérente). La paroi abdominale flasque permet facilement le palper. La douleur au point de Mac-Burney a totalement disparu, même à la pression ; la main suit un cæcum distendu formant une tumeur globuleuse, dure, douloureuse à la pression. Le côlon, dur sur tout son trajet, est facilement senti ; il est douloureux même spontanément et la malade nous raconte que son côlon descendant, qui n'était pas douloureux avant l'intervention, l'est devenu par la suite.

Trois semaines après l'opération, l'entéro-colite qui avait d'abord cédé a reparu plus violente, nous dit la malade ; les crises douloureuses ont de la tendance à se rapprocher.

OBS. III. — In thèse FROUSSARD. — (Recueillie dans le service de M. COMBY, hôpital des Enfants-Malades.) — *Entéro-colite muco-membraneuse.* — *Plusieurs crises d'entéralgie localisée, appendicite, 9 janvier 1900.*

Louise Du..., 14 ans, entrée salle Chaumont.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Elle est née à terme, a été nourrie au sein jusqu'à 16 mois ; a marché très tard, rougeole à 6 ans.

Elle va à la selle régulièrement tous les jours, mais ses matières sont dures.

Au mois d'août 1899, en pleine santé, elle a été prise d'une douleur vive, dans la fosse iliaque *gauche*, douleur qui irradie le long

du côlon descendant. Elle a été purgée, et a rendu beaucoup de matières. Nous n'avons pu avoir des renseignements précis sur la nature de ses garde-robes. Cette crise a duré deux à trois jours.

Depuis l'appétit est bon ; les selles sont rares et peu abondantes. Elle a fréquemment des douleurs sus-ombilicales, siégeant au niveau du côlon transverse, se terminant souvent par le besoin de déféquer.

Depuis la crise à type de sigmoïdite que nous avons rappelée, la malade accuse cinq crises siégant cette fois sur le côlon ascendant, au niveau de la fosse iliaque droite.

Le samedi, 5 janvier 1900, elle a été prise d'une douleur vive, nettement localisée au-dessous du point de Mac-Burney. L'anorexie est complète, vomissements, nausées ; elle est obligée de garder le lit.

Le dimanche, elle est allée à la selle et a rendu des matières dures.

Le lundi soir on lui donne un lavement purgatif qui amène deux selles liquides abondantes.

Le mardi matin, elle est purgée avec 15 grammes d'huile de ricin, a quatre selles, et remarque dans ses selles des matières glaireuses, blanchâtres. Elle entre alors à l'hôpital.

La douleur a diminué d'intensité ; elle est réveillée par la palpation de la fosse iliaque droite. Le ventre à ce niveau est dépressible ; pas d'hyperesthésie cutanée ; légère défense musculaire. La douleur est limitée dans une région large comme une pièce de cinq francs, située au-dessous du point de Mac-Burney, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope.

A ce niveau, il y a un empâtement profond et de la submatité.

Pas de signes de néphroptose.

La langue est blanche, saburrale, le facies bon, pas grippé.

La température vacille entre 37 et 38°, 84 pulsations.

Le lendemain la douleur spontanée a complètement disparu, la région douloureuse à la pression semble un peu plus étendue. Une selle liquide avec mucosités. La température est de 38°5 le soir.

Le jeudi 12 mars, la température est de 38°, le facies légèrement grippé ; le pouls est rapide et petit ; la langue a une tendance à devenir sèche. La douleur à la pression persiste, l'empâtement est plus diffus, la submatité est nette dans la fosse iliaque droite.

L'opération d'urgence, jugée nécessaire est pratiquée par M. Faure. On trouve une péritonite suppurée et localisée. On lave la poche et on draine sans aller à la recherche de l'appendice.

Les suites de l'opération furent normales.

OBS. IV. — (D^r MOUCHET, in thèse FROUSSARD.) — *Appendicite à répétition. — Entéro-colite muco-membraneuse.*

Raymond F..., 12 ans, jouit d'une excellente santé habituelle. Dans les premières années de sa vie, il a eu la rougeole, la coqueluche et la varicelle.

Le 10 mars 1899, scarlatine précédée de douleurs dans l'abdomen. La maladie a suivi un cours normal. L'enfant était très constipé et n'allait à la selle qu'avec des lavements.

Il se lève le vingtième jour ; le 22^e il est pris de vomissements alimentaires et bilieux, qui durent 10 heures environ, et de douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen.

On constate la présence de peaux dans le lavement rendu ce jour-là.

Raymond F... reste au lit pendant six jours ; il est soumis au régime lacté.

Au bout de quelques jours la douleur cesse et l'enfant peut se lever.

Il s'agissait là évidemment d'une première crise très légère d'appendicite.

Deuxième crise le 11 janvier 1900. Depuis mai 1899, du reste, l'enfant s'était plaint constamment de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Il croyait toujours s'être cogné le ventre contre un meuble.

Le 11 janvier 1900, à 7 heures du matin, il se lève pour aller au collège, il est obligé de se recoucher : les douleurs abdominales étaient si vives qu'il se tenait courbé en deux et ne pouvait marcher.

De 8 heures du matin à 4 heures du soir, vomissements très fréquents, qui se continuent dans la nuit jusqu'à 2 heures le lendemain.

Le premiers lavements ramènent des peaux. Temp. 39°, pouls fréquent.

Diète, glace sur le ventre.

Amélioration le 14 janvier.

Depuis cette époque, constipation continuelle ; l'enfant ne peut aller à la selle qu'avec des lavements, et il se plaint, après chaque lavement, de douleurs vives dans l'abdomen.

Le 1^{er} mars, le D^r Mouchet, qui voit l'enfant, constate dans la fosse iliaque droite un cæcum gargouillant, d'où part en bas, se dirigeant vers la ligne médiane, un cordon dur, un peu plus gros qu'une plume d'oie, douloureux au toucher, représentant manifestement l'appendice.

L'opération est décidée et un régime alimentaire sévère est institué en attendant.

OPÉRATION, le 29 mars, par le D^r Broca, avec l'aide du D^r Mouchet.

Incision de Roux. On trouve facilement l'appendice, qui est augmenté de volume, surtout à ses deux extrémités cœcale et libre, d'aspect normal dans l'intervalle. L'extrémité libre est particulièrement tuméfiée et congestionnée ; elle est adhérente à l'épiploon.

Section, après ligature, de l'appendice au ras du cæcum. Sutures de Lembert en deux plans sur le moignon appendiculaire (soie fine).

Ligature du méso-appendice au catgut fin.

Suture de la paroi à plans séparés par des surjets de catgut. Sutures cutanées à la soie.

Suites opératoires excellentes.

Réunion *per primam*.

OBS. V. — (In thèse LEVREY.) — *Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite.*

A..., 40 ans, entre le 19 juillet 1898, salle Gosselin, service de M. Walther.

Cette malade est entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales

violentes, accusées surtout du côté droit, et s'irradiant aux lombes et à la face interne des cuisses.

Elle se plaint de son estomac.

Elle est femme de chambre et n'a pas à faire de travail pénible.

Ses parents se sont toujours bien portés, son père est encore vivant ; sa mère est morte de grippe à 57 ans.

La jeunesse de cette femme a été malade.

A 10 ans, à la suite de croissance rapide, elle était faible et avait surtout des maux de tête.

De 18 à 30 ans, elle a eu des crises de nerf (4 environ), à la suite de fatigue. Dans ces crises, elle ne perdait pas connaissance, ne se mordait pas la langue.

Tout se bornait à des secousses dans les membres supérieurs, à des claquements de dents et à une céphalée intense.

L'éther la calmait toujours.

Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Elle n'a jamais eu de fausse couche.

Elle a eu un enfant mort de bronchite à 10 mois.

Depuis l'âge de 16 ans, elle a souffert de l'estomac ; elle ressent ces douleurs (sensation de brûlures) surtout après l'ingestion d'aliments. Elle ne vomissait pas.

Il y a treize ans, elle a eu une crise, sans doute d'appendicite. Elle était alors à la campagne en Bourgogne.

La veille elle s'était promenée au soleil ; elle avait eu très chaud.

Elle se promenait, le lendemain matin (7 heures), dans une vallée, le long d'un étang, à l'air frais, quand subitement elle fut prise d'un grand frisson, de grandes douleurs abdominales, et de grandes envies de vomir. Elle ne perdit pas connaissance.

Ramenée chez elle, le médecin lui fit prendre un vomitif (ipéca) et la mit à la diète lactée. Deux jours après le frisson disparaissait ainsi que les vomissements. Mais elle souffrait toujours dans le côté gauche de douleurs violentes (sensation d'accouchement) ; on lui appliquait constamment sur le ventre des cataplasmes de farine de lin, arrosés de laudanum. Malgré cela elle souffrait horriblement pendant six semaines. Elle ne pouvait pas dormir.

Elle avait de la diarrhée et faisait des matières qu'elle compare à du riz.

Pendant les jours qui ont précédé cette crise, la malade n'avait rien remarqué d'anormal dans son état, si ce n'est une douleur dans le côté gauche, « espèce de feu », dit-elle, qui la dévorait, et contre laquelle le médecin ordonna un vésicatoire.

La maladie dura deux mois.

A la suite, la malade eut pendant deux mois environ, une constipation opiniâtre ; ce n'est que par l'usage des lavements qu'elle pouvait aller à la selle. Elle n'a pas remarqué de membranes dans ses matières. Cette constipation n'a pas été suivie de débâcle.

Il y a huit ans, quelques mois après sa couche, elle a eu un prolapsus de l'utérus, qui a cédé au port d'un pessaire ; à la même époque, et pendant six semaines, elle a eu des pertes liquides, jaunes, à peine teintées, abondantes.

Elle se dit rhumatisante ; elle a eu des douleurs dans l'épaule droite, la nuque, les lombes ; les jointures des doigts gonflent et deviennent douloureuses lorsqu'elle a l'occasion de laver.

Il y a douze ou treize ans, elle avait déjà souffert de douleurs dans l'épaule droite et la main droite, mais c'était léger.

Au mois d'octobre dernier, elle a eu, pendant huit jours, une crise assez sérieuse, avec malaise général ; les douleurs de ses articulations ont cédé à des frictions alcooliques.

La crise actuelle l'a prise dans la nuit du 1^{er} juillet. Quelques jours elle se sentit la tête lourde ; elle avait des fourmillements dans la jambe droite et le côté droit, elle se plaignait aussi de sensation de chaleur dans l'abdomen.

L'avant-veille elle fit une grande promenade (Bon Marché, Esplanade des Invalides, Avenue des Champs-Élysées) et rentra très fatiguée.

Dans la nuit du 30 juin au 1^{er} juillet, elle est prise de douleurs dans tout l'abdomen, avec irradiations vers les lombes, les épaules ; elles disparaissent au bout de quelques heures ; le malaise général continue.

Le 8 juillet, nouvelle poussée ; les douleurs prennent tout l'abdo-

men, irradiant vers la cuisse droite, les épaules ; elle a des vomissements bilieux. Elle n'a ni constipation, ni diarrhée, mais dans ses matières fécales, plutôt solides, elle remarque de petites membranes, et une grande membrane, d'au moins 50 centimètres, qu'elle prend pour un ténia. Ces membranes étaient jaunâtres.

Depuis lors, le malaise général, la céphalalgie, les fèces membraneuses persistent, mais la douleur se localise dans la fosse iliaque droite.

Etat actuel. — Plus de selles membraneuses. Légère constipation.

Le ventre n'est pas ballonné ; la palpation révèle dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac Burney, un point douloureux localisé.

Il n'y a pas de douleur à la palpation superficielle et profonde des parties voisines.

Au point fixé, on sent un empâtement profond, mais les muscles se défendent.

Au toucher vaginal, on sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac latéral droit.

Les réflexes rotulien et pharyngien sont normaux.

Le cœur, les poumons sont intacts.

Légère métrite du côté de l'appareil génital. T = 37°, 36° 8.

La malade a de l'anorexie ; elle a la langue saburrale. On lui a mis de la glace sur le ventre ; depuis lors les douleurs ont diminué.

OPÉRATION le 6 août 1898 (Walther).— Éthérisation, durée 1 h. 05. Incision sur le bord externe du grand droit, peau 4, celluleuse, aponeévrose 6, oblique, petit oblique, transverse.

Après incision du péritoine pariétal, l'épiploon se présente ; on constate qu'il est épaissi, dur et vascularisé ; attiré au dehors, on voit qu'il adhère au cæcum, à une anse de l'intestin grêle.

M. Walther le résèque, en faisant trois pédicules. L'appendice est trouvé en arrière du cæcum : il est gros, vascularisé et présente encore des fausses membranes, très peu adhérentes, rouges, se prolongeant sur le cæcum ; trois points en chaîne sont passés dans le mésopendice, le dernier arrive sur la base de l'appendice. On constate

très nettement que l'appendice est élargi en son point d'insertion sur le cæcum, avec lequel il se continue à plein canal : la surface d'implantation est de plus de 1 centimètre après section du mésentère ; incision circulaire sur l'appendice, faite à 1 cm. 1/2 de sa base, n'intéressant que la séreuse et la partie supérieure de la musculuse ; légère décortication de façon à retrousser une manchette sur laquelle on fait une ligature au catgut ; section de l'appendice ; ablation (après avoir eu soin de protéger le péritoine avec des compresses montées) à la curette de la muqueuse de l'appendice. Son calibre paraît gros comme une plume de corbeau ; suture en bourse du moignon. On place un drain en face de ce moignon ; réfection plan par plan au catgut ; puis crins pour la peau.

Le soir, température 37°, pouls un peu faible à 110. Sérum.

OBS. VI. — (WALTHER, *Congrès de Chirurgie*, 1898.) — *Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite*.

Mathilde B..., 31 ans. Salle Desprès, lit n° 11.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, bien réglée depuis, trois accouchements normaux, enfants bien portants.

Depuis quatre ou cinq ans, sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite avec, de temps en temps, des évacuations par le rectum de matières entourées de glaires et de fausses membranes. Aucune autre affection antérieure à cette colite pseudo-membraneuse.

En mai 1897, crise violente de douleurs dans la fosse iliaque droite, avec vomissements.

Formation d'un abcès péri-cæcal, avec empatement et matité. Il est reconnu par le médecin qui la soigne. Elle entre à Bichat, chez M. Terrier, où elle ne veut rester que quelques heures. En revenant chez elle, l'abcès se fait jour dans l'intestin ; disparition de la collection, perte de pus par le rectum durant quinze jours.

Trois mois après, nouvelle crise douloureuse avec formation d'un nouvel abcès, moins volumineux que le premier, mais qui s'évacue comme lui dans l'intestin. Depuis cette époque, endolorissement et pesanteur dans la fosse iliaque droite, empêchant tout travail. Selles quotidiennes à la faveur d'un lavement.

Diminution de l'appétit. Digestions difficiles. Pas de vomissements, ni fièvre.

Les autres appareils sont sains.

Elle entre dans la salle Després le 17 avril 1898.

Etat à ce moment. — Douleurs dans la fosse iliaque droite. Digestions pénibles. Constipation. Pas de température.

Tumeur douloureuse à la pression dans la fosse iliaque droite.

OPÉRATION le 20 avril 1898. — Ether 600 grammes. Durée 1 h. 1/4. Laparotomie latérale.

L'épiploon est adhérent d'une part au péritoine pariétal et d'autre part à toute la hauteur du cæcum et du côlon ascendant. Les adhérences pariétales, liés en deux pédicules, sont sectionnées.

L'épiploon est épais, rouge, granuleux, très vascularisé : il y a évidemment une poussée d'épiploïte récente.

La recherche de l'appendice est gênée par les adhérences entre l'épiploon et l'intestin ; on se débarrasse de ces adhérences par 5 pédicules (3 en chaîne, 2 isolés). On trouve alors l'appendice appliqué derrière le cæcum et recouvert par de minces adhérences, qui lui donnent l'air d'être sous-péritonéal. Libération et résection de l'appendice suivant le procédé habituel. Drain en face du moignon appendiculaire. Suture en trois plans. En faisant le deuxième plan, on pique un rameau de l'épigastrique et on fait la ligature de l'artère dans la plaie.

Suites opératoires : 600 grammes de sérum ; quelques vomissements ; piqûre de morphine.

Le 21. — Sensation de tiraillement abdominal. T. 37°6 le matin, 38°5 (vaginale) le soir ; sérum.

Le 22. — 37°5 le matin, 39° le soir.

Pansement. On remplace le drain. Ecoulement de sérosité. Sérum.

23 et 24. — Même état, même température.

Pansement chaque jour. Sérum.

Le 29. — A partir du 25 avril, la température baisse en un jour et demi. Le 29, on enlève les fils. On laisse un drain dans le trajet ; ce drain est retiré progressivement de façon à laisser combler la fistule de la profondeur vers la superficie.

Sort le 4 juin 1898. Revue deux fois depuis.

1^{re} fois. Bon appétit. Aucune douleur abdominale ; la malade a engraisé.

2^e fois (dans la semaine du 16 au 23 octobre). Excellent état général et local.

Obs. VII. — (MM. DALCHÉ et CHEVALLIER, in thèse FROUSSARD.) — *Entéroptose, rein flottant, symptômes de neurasthénie. — Crise de colite muco-membraneuse et sableuse ayant simulé l'appendicite. — Appendicite.*

E... Annette, âgée de 42 ans, a eu une puberté précoce.

Sur trois accouchements, l'un a présenté de l'hydramnios sans doute.

En 1887, elle a été soignée par M. Potain, pour un goitre exophtalmique ; on lui aurait fait alors des injections dans la tumeur thyroïdienne. Malgré cela il survint de tels symptômes de compression laryngo-œsophagienne, qu'elle fut opérée en 1889 par Tillaux, qui lui enleva le lobe gauche du corps thyroïde. A la suite de cette opération, disparition complète des accidents pendant quatre ans environ. puis la malade est reprise progressivement de douleurs abdominales et de palpitations. C'est alors qu'elle vient consulter M. Dalché, qui constate une entéroptose avec un rein droit flottant, des souffles variables, à tous les orifices du cœur, du bondissement des artères du cou, une asthénie avec dérobement des jambes, céphalée en casque et vertiges.

L'utérus est en antéflexion ; il survient des ménorrhagies à époques variables.

Du côté du tube digestif : constipation opiniâtre, estomac dilaté, clapotage.

Chimisme stomacal variable. En décembre 1895, hyperchlorhydrie avec acidité de fermentation ; acidité totale de 2 gr. 4.

En mars 1896, diminution de HCl libre, toujours avec acidité de fermentation ; acidité totale 1 gr. 60.

En août 1896, le lobe droit recommence à grossir ; M. Dalché hésite entre maladie basedowienne et maladie de Basedow, et, en mars 1897, M. Tillaux lui fait subir une nouvelle opération et enlève cette fois

le lobe droit du corps thyroïde. La malade sort guérie le 1^{er} mai 1895.

Le 29 juillet 1897, subitement la malade est prise d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie d'une diarrhée dysentérique avec sang et glaires. Dans la nuit la douleur se généralise à la région du côlon transverse et du côlon descendant : on ordonne opium et glace.

Le 1^{er} août. — M. Dalché revoit la malade pour la première fois : la douleur a beaucoup diminué, la diarrhée persiste, et dans la fosse iliaque droite on perçoit un empâtement qui doit être le cæcum.

Le 2. — Le mieux persiste, la diarrhée aussi : les règles sont venues.

Le 5. — A midi, nouvelle crise effroyable de douleurs, sueurs froides, envies de dormir, nez pincé ; les douleurs, généralisées à tout l'abdomen, ont leur maximum à droite.

Le Dr Ricard, appelé en consultation, constate qu'il n'y a pas d'appendicite et refuse d'opérer.

Du 4 au 8, les phénomènes s'atténuent ; la diarrhée et les glaires persistent, ainsi que l'empâtement dans la fosse iliaque droite, toujours pas de fièvre.

Le 12. — M. Dalché est prévenu que tous les matins la malade rend du sable au milieu de ses glaires ; cette selle est toujours extrêmement douloureuse, et cette douleur s'étend sur tout le trajet du gros intestin.

Le 14. — Au soir, nouvelle crise simulant une péritonite par perforation

Le 16. — La crise se calme.

Le 17. — Constipation depuis deux jours.

Le 19. — Crise douloureuse, glaires abondantes, et au milieu on trouve non seulement des glaires, mais de petits calculs, gros comme un noyau de prune, englobés dans un bouchon fécal.

Du 24 août au 8 septembre. — Glaires et douleurs. Moins de graviers.

Du 8 septembre au milieu d'octobre, amélioration progressive.

La malade, éprouvant toujours des douleurs dans la fosse iliaque droite, et ne pouvant ni travailler ni marcher, demande, en décembre dernier, une intervention à M. Tillaux.

A ce moment on ne sentait aucune tuméfaction.

L'opération fut décidée, mais dut être un peu retardée par suite d'une nouvelle crise de douleurs, avec fièvre cette fois et ballonnement du ventre.

Le 5 janvier, la malade entra à l'hôpital, et, le 13, M. Tillaux pratiquait la résection à froid de l'appendice, avec l'aide de son interne, M. Pasteau, à qui nous devons l'épisode chirurgical de cette observation.

L'appendice était oblitéré par suite de la folliculite sans qu'on ait trouvé de calculs.

Les suites de l'intervention furent trouvées normales ; la température ne dépassa pas 37°5 pendant les deux jours qui suivirent l'opération, et la malade ne souffrait plus.

L'analyse des plus gros calculs a été faite par M. Robin, interne en pharmacie, qui a eu l'obligeance de nous communiquer les résultats suivants :

Les calculs se présentaient sous l'aspect de masses brunes, noirâtres, de matière fécale, dans lesquelles on apercevait des amas de substance rougeâtre, paraissant une substance inorganique.

Ces amas avaient une consistance terreuse, étaient extrêmement friables ; après en avoir isolé, on remarque de nombreuses vacuoles remplies d'air (aspect de pierre meulière), et les fragments sont si légers qu'ils flottent sur l'eau, l'alcool et le chloroforme.

L'analyse a montré la présence d'oxalate de chaux, de phosphates tribasiques de chaux et de magnésie, probablement aussi de phosphate ammoniaco-magnésien ; le tout imprégné de matière organique provenant du contenu intestinal.

Obs. VIII. — (Recueillie dans le service de M. TILLAUX, par M. PIQUANT, interne du service, in thèse FROUSSARD.) — *Entéro-colite muco-membraneuse, plusieurs crises d'entéralgie paroxystique. — Appendicite. — Opération.*

A. . . , âgé de 36 ans, entré à la Charité, salle Trélat.

Le malade a joui d'une santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1899 ; à ce moment, pour la première fois, il est pris de violentes

coliques, avec douleurs vives, mal localisées, irradiées dans tout l'abdomen, accompagnées de vomissements. Les douleurs persistent pendant deux ou trois jours, puis disparaissent complètement.

Depuis cette époque, le malade est sujet à des crises douloureuses, revenant à intervalles variables, en moyenne tous les 30 à 40 jours. Habituellement la crise est précédée pendant un ou deux jours de constipation, avec malaise général, inappétence et digestion difficile ; puis apparaissent les douleurs, la diarrhée et les vomissements.

Les douleurs sont en général vives, siégeant dans tout l'abdomen, mais présentant leur maximum sur le trajet du côlon transverse, à la région péri-ombilicale et à la fosse iliaque droite.

Le moment d'apparition de la douleur est très variable, parfois au milieu de la nuit, le plus souvent 3 ou 4 heures après le repas. Les douleurs persistent deux ou trois jours, puis disparaissent.

Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux.

La fin de la crise est marquée par l'expulsion de matières d'abord solides, puis jaunâtres, presque liquides, accompagnées de mucosités.

Le 26 février 1900, le malade est pris d'une crise beaucoup plus violente, qui l'oblige à s'aliter. Il y a de la douleur vive, des vomissements, de la constipation opiniâtre. Température 39°.

Le lendemain la douleur, jusque-là diffuse, se localise nettement dans la fosse iliaque droite, où elle s'exaspère par la pression au niveau du point de Mac Burney.

Le malade reste couché une dizaine de jours, avec fièvre et douleur bien localisée, puis, le 7 mars, il entre à la Charité, dans le service de Tillaux.

A la palpation, on trouve de la contracture de la paroi, surtout marquée dans la fosse iliaque droite ; à ce niveau, la palpation est douloureuse et arrache des cris au malade.

En palpant profondément, on sent une sorte de cordon arrondi, presque parallèle à l'arcade crurale.

Le 14 mars 1900, M. Tillaux opère le malade.

On trouve un appendice volumineux, de 9 à 10 centimètres de

long et de la grosseur du petit doigt. Adhérent par sa partie inférieure aux anses intestinales et à l'épiploon.

L'appendice présente une forme irrégulière, avec deux rétrécissements et trois dilatations. L'ouverture montre que la lumière appendiculaire est complètement fermée au niveau des deux rétrécissements transformant ainsi les dilatations en cavités closes.

L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

OBS. IX. — (MAUCLAIRE, in thèse VOUZELLE, Paris, 1899.) —

Entérite muco-membraneuse et appendicite.

Malade âgée de 31 ans. Il y a cinq ans, crise de vomissements avec douleurs dans les fosses iliaques droite et gauche et dans la région épigastrique. L'entérite muco-membraneuse a été diagnostiquée il y un an seulement. Constipation très fréquente, mauvaises digestions, amaigrissement très marqué, insomnie, légère neurasthénie. Examinée le 6 janvier, on trouve une douleur nettement localisée au niveau du point de Mac-Burney. Le toucher vaginal ne fournit aucune indication particulière. Opération le 1^{er} février. L'appendice est trouvé un peu gros, mais sans lésions apparentes, pas d'adhérences au pourtour, guérison opératoire.

Nouvel examen il y a six semaines. Douleur encore légère à gauche, douches froides, lavements chauds faits avec une canule rectale. Régime carné et lacté. Nouvel examen le 9 mars. Disparition des douleurs, plus de point douloureux à la pression, plus de neurasthénie, mais quelques peaux encore dans les matières fécales.

L'examen histologique n'est pas encore terminé.

OBS. X. — (BRUN, in thèse VOUZELLE.)

Enfant de 15 ans, père colitique, lui-même depuis plusieurs années rend dans les selles des muco-membranes. Appendicite légère chronique. L'appendice est enlevé, on lui trouve des lésions de folliculite:

OBS. XI. — (BEURNIER, in thèse VOUZELLE.)

Je fus appelé vers la fin du printemps 1898 auprès d'un de mes

confrères, le Dr X..., qui venait d'être pris d'une attaque d'appendicite. Cette attaque était très légère. La douleur existait nettement au point de Mac-Burney, mais relativement peu vive ; il n'y avait aucune trace de retentissement péritonéal, pas le moindre ballonnement du ventre, pas de température, et pas d'augmentation de fréquence du pouls. De plus le facies était normal et le malade n'avait aucune envie de vomir. Une chose était à noter, c'est que le gros intestin était fortement dilaté et présentait une certaine sensibilité sur tout son parcours. La palpation ne révélait rien de particulier au siège de l'appendice, mais faisait constater sur tout le trajet du gros intestin moins de souplesse que chez un sujet à gros intestin normal, il semblait que cet organe était comme un peu induré, comme entouré d'une sorte de gangue épaississant ses parois.

Je connaissais le Dr X... depuis longtemps et je l'avais toujours, depuis près de vingt ans, entendu se plaindre de troubles stomaco-intestinaux. De plus, depuis trois ans au moins, il présentait nettement tous les signes de la colite muco-membraneuse, selles glaireuses, diarrhée fréquente, surtout après les changements d'habitudes, dîners en ville notamment, mais jamais de constipation, jusqu'à il y a deux ou trois mois. Dans ces derniers temps les selles glaireuses et muco-membraneuses, qui auparavant n'apparaissaient que par intervalles de quelques jours, sont constantes. Depuis une dizaine d'années, neurasthénie très accentuée.

Devant la bénignité des symptômes appendiculaires, je conseillai, bien entendu, l'expectation au point de vue opératoire, et je prescrivis la diète, l'opium à l'intérieur sous la forme d'extrait thébaïque, et des applications de glace.

Les quatre jours suivants, la douleur locale persista, toujours sans aucune réaction générale et sans extension péritonéale. Notre confrère souffre peu spontanément dans la région appendiculaire, et le point de Mac-Burney n'est révélé que par pression ; mais il se plaint d'une souffrance assez vive et continue dans la partie postéro-externe de la région de la hanche et au pli de l'aîne. La palpation et la percussion ne donnent rien de nouveau pendant ce temps ; mais le 5^e jour on perçoit nettement dans la région appendiculaire un empâtement

circonscrit, du volume d'une grosse noix environ, et qui diminua ensuite de jour en jour. Au bout de trois semaines, tout avait disparu et il ne restait plus qu'une très légère sensibilité au point de Mac-Burney, à une pression profonde.

Mais, au moment où tout phénomène appendiculaire avait disparu et où on pouvait considérer le malade comme convalescent de son appendicite, il commença à souffrir violemment sur tout les parcours de son gros intestin, surtout au niveau du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse. Les digestions étaient très pénibles, quoique non accompagnées de vomissements, et la fermentation très intense. Les gaz se développant et circulant dans le gros intestin étaient la cause de douleurs vives, dont notre confrère indiquait très nettement le point de départ au cæcum et le trajet suivant celui du gros intestin. Les selles étaient fort difficiles, amenées seulement par des lavements, et étaient constamment accompagnées de glaires et suivies d'une émission de liquides jaunâtres et mousseux. Les choses restaient en l'état, quelles que fussent les précautions prises pour l'alimentation (aliments non fermentescibles, viandes blanches pilées et passées, purées, etc.). Notre confrère souffrait surtout lorsqu'il était debout, et il lui arrivait souvent d'être obligé de se recoucher. Quand il voulait essayer de sortir, il se voyait obligé de renoncer à la marche au bout de quelques pas et de rentrer ; à peine pouvait-il aller le plus souvent de sa chambre à coucher à son cabinet de consultation.

La situation se modifia peu pendant deux mois, avec quelques périodes de souffrance plus violentes pendant lesquelles le malade était obligé de garder presque entièrement le lit. Rien ne s'était manifesté de nouveau du côté de l'appendice, jusqu'au commencement de juillet, où les phénomènes légers et bâtarde, qui avaient primitivement fixé notre attention reparurent : légère douleur, léger empâtement au point de Mac-Burney, sans aucune réaction péritonéale ni générale. Repos au lit, glace, extrait thébaïque. Au bout de quinze jours, tout avait disparu de ce côté, mais les symptômes intestinaux continuèrent, et le malade restait incapable de sortir et même, certains jours, de se lever.

Le Dr Faisans et le Dr Guinon le voient avec nous et concluent tous deux à l'ablation de l'appendice, devant laquelle le malade recula.

Tout resta dans l'état jusqu'à fin octobre, où de nouveaux phénomènes légers d'appendicite se déclarèrent, enrayés rapidement comme les deux premières fois. Il semble peut-être ensuite y avoir un peu d'amélioration du côté des selles muco-purulentes ; mais dans les mouvements et les essais de marche, le malade ressentait une douleur continue avec exacerbation limitée exactement le long du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse, toujours très dilatés, semblant indurés et non souples au palper. Mon diagnostic formel était que l'appendice enflammé à la suite et par propagation de la colite muco-membraneuse, mais redevenu froid n'était que pour très peu de chose dans les troubles actuels, et que la principale cause en était l'existence d'adhérences épiploïques avec le gros intestin malade depuis longtemps. Je conseillai alors l'intervention, surtout pour libérer l'intestin de ces adhérences ; bien entendu on enlèverait, chemin faisant, l'appendice, dont les lésions pourraient s'aggraver par la suite.

J'eus à ce propos une consultation avec le Dr Walther et le Dr Guinon, qui conseillèrent tous deux l'intervention comme étant le seul traitement qui pût permettre au malade de reprendre ses occupations.

Notre confrère finit, devant l'évidence, par se ranger à notre avis, et l'opération fut pratiquée au commencement de mars 1899, à la maison Dubois, par le Dr Walther, qui me pria de l'assister. L'ablation de l'appendice, en situation postérieure, fut facile : l'organe paraissait normal ; il ne contenait aucun corps étranger, ni aucune concrétion stercorale, et les seules altérations qui y furent découvertes par le Dr Letulle, furent des épanchements sanguins intra-pariétaux. L'épiploon était non pas seulement adhérent au côlon ascendant, mais complètement fusionné avec sa face interne, et de très nombreuses ligatures furent nécessaires pour l'en séparer et en réséquer une masse du volume du poing environ. Le côlon ascendant était entouré d'une véritable gangue. Les suites de l'opération furent normales, et la guérison rapide, sans incidents.

Actuellement, au commencement de mai, notre confrère va bien ; il a pu, sans douleur, sortir et aller en voiture et en chemin de fer ; mais la colite muco-membraneuse persiste, et il y aura lieu d'instituer encore contre elle un traitement sérieux et prolongé.

OBS. XII. — (In thèse MONTAIS, 1900.)

M. R... C..., 28 ans, compositeur de musique.

Névropathe héréditaire, a toujours souffert de troubles nerveux et dyspeptiques, le tout plus accentué depuis ces six dernières années.

Dès le berceau, sans entérite apparente, l'alimentation fut extrêmement difficile. Le lait maternel dut être supprimé et tout autre lait également mal supporté. Le sevrage dut être effectué de bonne heure, et jamais depuis le malade n'a pu tolérer le lait, qui lui occasionne des vomissements et de véritables phénomènes d'indigestion. Tendance perpétuelle à la constipation, nécessitant l'usage de laxatifs et de lavements ; depuis l'âge de 12 ou 14 ans, colite muco-membraneuse à peu près continue, et parfois, au niveau de la fosse iliaque droite, crises douloureuses intenses, survenant brusquement, comparées par le malade à des sensations de déchirure, de torsion, de brûlure intestinale.

De la fosse iliaque droite, les douleurs s'étendent au flanc droit et jusqu'à l'hypochondre (aussi le foie est-il incriminé). L'accès reste apyrétique, sans vomissements, ni même état nauséux, pas d'hypersthénie locale ; les douleurs persistent à un degré variable, mais la marche n'est pas devenue impossible ; le malade peut se redresser, contracter sa paroi abdominale, les mouvements de la cuisse droite ne sont pas douloureux, mais les secousses de la voiture sont tout à fait insupportables.

L'accès survient en dehors de toute cause déterminante appréciable, il se produit irrégulièrement cinq à six fois par an.

Vers 15 ans, crise de diarrhée dysentérique, qui dura quelques jours très intense et nécessita une convalescence de plusieurs semaines.

Il y a dix ans, à l'occasion de préoccupations intellectuelles et de la suppression des exercices de corps, dont le sujet avait largement usé

jusqu'à ce jour-là, exagération des phénomènes dyspeptiques et surtout du nervosisme : symptômes de neurasthénie profonde, sensation de tournoiement, de roulis ; le malade ressent de la terre une attraction invincible et ne sort qu'accompagné, pour ne pas se laisser tomber : ces phénomènes sont sous la dépendance de l'état gastrique ; ils sont surtout marqués quand le malade se sent l'estomac vide et au commencement du repas, mais la période de digestion est moins pénible et procure une impression momentanée d'amélioration, d'où l'idée de suralimentation ; repas très rapprochés, composés uniformément d'œufs, de viandes grillées, de légumes verts en purée.

Le sommeil est conservé et reste réparateur.

Une vie plus active combinée avec la suralimentation détermine au bout de quelques mois l'amélioration progressive des phénomènes gastriques et vertigineux, et l'existence devient relativement supportable, avec les crises iliaques accoutumées.

En 1896, sous l'influence de soucis, état de mélancolie profonde, recrudescence des phénomènes gastriques vertigineux, qui ne s'amenderont plus guère dans la suite : parfois petits accès de pseudo-angine de poitrine le soir, quand le malade marche après le repas : la suppression du tabac reste sans influence.

En 1898, en même temps qu'une crise iliaque très intense, survenue brusquement, exagération nouvelle et persistante des autres phénomènes : vertiges, instabilité excessive, les paroxysmes nerveux augmentant les troubles gastriques ; ballonnement du ventre après le repas, sensation de pesanteur épigastrique allant jusqu'à l'étouffement.

Pendant ces deux dernières années, le malade, incapable de tout travail, n'ose même plus sortir accompagné ; naturellement il s'analyse et décrit complaisamment tout ce qu'il éprouve. Il a consulté les médecins les plus autorisés, mais sans grand succès.

M. Potain, à la fin de 1898, porta le diagnostic d'atonie gastro-intestinale et conseilla l'usage de laxatifs continus avec des lavements émollients, et le régime alimentaire déjà suivi : ce traitement, scrupuleusement exécuté pendant plusieurs mois, ne procura qu'un peu d'amélioration momentanée.

C'est en août dernier que fut, pour la première fois, soupçonnée la participation de l'appendice à tous ces troubles gastro-intestinaux. M. Aviragnet se rangea à cette opinion.

Vu par M. Walther en octobre. Sensibilité générale de tout le côlon, plus marquée à la région cæcale ; la pression au niveau de la fosse iliaque droite détermine en outre une sensation pénible de tiraillements vers l'épigastre ; les séances de palper sont suivies d'endolorissement de la région iliaque et du flanc droit, persistant plusieurs heures.

Vu en novembre par M. Jalaguier, au moment d'une poussée intense de colite : crise douloureuse iliaque avec sensation de torsion et de brûlure intestinale, constipation opiniâtre ; les lavements rejetés ne déterminent que des évacuations glaireuses.

M. Jalaguier diffère l'opération sollicitée par la malade.

Sous l'influence du repos, l'exploration du ventre devient plus facile ; on finit par percevoir dans la fosse iliaque droite une induration cylindrique, verticale, mal délimitée, qui est le siège d'une sensibilité très vive.

OPÉRATION en janvier. — Incision de Roux, procédé habituel ; l'épiploon, adhérent sur une longueur de 2 centimètres à la face antérieure du cæcum et sclérosé à ce niveau, est réséqué ; appendice très court, présentant plusieurs coudures et étranglements cicatriciels ; vascularisation superficielle marquée.

Drainage à la Mickulicz, à l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires. — Excellentes. Tous les troubles s'amendent rapidement, surtout les troubles intestinaux, crises douloureuses iliaques, colite muco-membraneuse, constipation, mais l'état mental est toujours en souffrance.

Revu fin juin, l'état du côté intestinal est satisfaisant, mais les phénomènes gastriques et névropathiques ne s'amendent que lentement.

Obs. XIII. — (In thèse MONTAIS.)

Mme B..., 31 ans. Antécédents héréditaires nuls. Sauf une perpétuelle tendance à la constipation, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage datant de neuf ans et demi.

Dix-huit mois après, avortement d'environ trois mois, qui fut méconnu pendant plusieurs semaines ; délivrance incomplète, pertes sanguines continuelles, abondantes, alternant bientôt avec des écoulements rosés : finalement, installation de la métrite hémorrhagique, qui fut améliorée ultérieurement par les soins de M. Richardière.

Seconde grossesse survenue sur ces entrefaites et terminée également par un avortement d'environ trois mois, survenu deux ans après le premier, et suivi comme celui-ci de pertes sanguines interminables, accompagnées bientôt de phénomènes douloureux intenses : douleurs des reins et douleurs pelviennes, surtout marquées du côté gauche, continues, exagérées par la marche, ayant résisté à tous les traitements et même au curetage.

L'ablation de l'ovaire gauche pratiquée en juillet 1895 par M. Segond (maison Dubois) n'amena pas d'amélioration durable des phénomènes douloureux ; bientôt après, début de la colite muco-membraneuse, qui a persisté depuis, très pénible.

A côté des phénomènes lombaires et pelviens antérieurs s'installent des douleurs du côté droit, diffuses, mais prédominant vers la fosse iliaque droite où la malade ressent des élancements et brûlures continuels, avec, parfois, recrudescences brusques, par crises, succédant toujours à une période d'exagération de la constipation et de la colite, aux tentatives de purgations dirigées contre elles, et aussi surtout à la marche. Les crises sont caractérisées par des douleurs intenses de la fosse iliaque droite, s'étendant aux flancs et aux reins, à la face antérieure de la cuisse droite et à la fesse, elles s'accompagnent de ballonnement du ventre, ordinairement plus marqué du côté droit, qui est le siège d'une très vive hyperesthésie ; phénomènes nauséux et constipation, pas de diarrhée consécutive, le repos au lit atténue les douleurs qui persistent environ vingt-quatre heures ; elles sont suivies pendant quelques jours d'exagération des sensations habituelles de la fosse iliaque (élancements et brûlures).

Ces petites crises se reproduisent irrégulièrement une à deux fois par mois.

L'ablation des annexes droits (ovaire scléro-kystique) pratiquée par M. Picqué au commencement de 1897 (maison Dubois) fut suivie

d'une atténuation des douleurs pelviennes anciennes, mais les douleurs lombaires, prédominantes à gauche, persistent toujours, exagérées par la marche ou la moindre fatigue.

Depuis cette deuxième opération, les phénomènes dyspeptiques sont beaucoup plus marqués ; l'ingestion d'aliments déterminés, viandes rouges, sauces grasses, détermine régulièrement, trois heures après le repas, de vives douleurs à l'épigastre, accompagnées de coliques et de ballonnement du ventre, d'éructations et persistant plusieurs heures. Quand l'écart de régime a eu lieu au repas du soir, les douleurs se montrent au milieu de la nuit et la crise dure jusqu'au matin, empêchant tout sommeil et souvent suivie dans la matinée de vomissements muqueux. Dans l'intervalle, l'appétit est conservé, les digestions sont toujours pénibles, mais l'on n'observe jamais de vomissements dans la journée.

Les crises douloureuses de la fosse iliaque droite persistent, parfois très intenses et très prolongées ; en novembre 1897, forte crise ayant nécessité trois semaines de repos au lit et laissé à sa suite un endolorissement prolongé de la région et une exagération des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, qui serait allée jusqu'à la lientérie.

Depuis cette époque, elle n'a cessé de suivre un régime alimentaire approprié (lait, œufs, légumes en purée) ; cependant les troubles persistent ; amaigrissement, hypochondrie de plus en plus marqués.

En octobre 1897, ablation de l'utérus et de la trompe gauche kystique par une troisième laparotomie médiane, pratiquée à la Pitié par MM. Picqué et Mauclaire.

Les suites immédiates de l'opération furent satisfaisantes, mais elle n'eut d'effet utile que contre les douleurs lombaires du côté gauche et les pesanteurs pelviennes, les douleurs du côté droit, à siège iliaque, ne furent pas influencées ; le décubitus latéral gauche est devenu impossible ; il détermine des sensations de tiraillement dans la fosse iliaque et le flanc droit, suivies de coliques amenant des évacuations liquides.

Trois semaines après l'hystérectomie, crise douloureuse intense à

droite, consécutive à un purgatif destiné à combattre une constipation datant de quelques jours : douleur intense et brusque de la région iliaque droite, avec ballonnement abdominal localisé, puis coliques généralisées ; pas de vomissements ; hyperesthésie de la région, dont la palpation est insupportable : les mouvements de la cuisse droite et les contractions de la paroi abdominale sont très douloureux. La crise persiste une semaine, suivie d'une plus longue période d'endolorissement de la région.

M. Mathieu fut consulté en novembre : il pensa à la dyspepsie intestinale avec colite très marquée, et prescrivit, avec le régime déjà suivi, de grands lavages répétés de l'intestin, qui, en présence de leur action novice bien constatée, furent remplacés par de grands lavements huileux, qui furent mieux supportés.

Malgré tout, pas d'amélioration.

Quatre mois après l'opération se montra l'éventration, accompagnée de dysurie ; douleurs à la fin de la miction étendues à la vessie et à la cicatrice qui paraît éprouver comme un tiraillement ; la miction s'arrête brusquement et la vessie achève de se vider par incontinence momentanée.

Le malade entre à la maison Dubois le 22 avril.

M. Walther attribue les phénomènes douloureux persistants de la fosse iliaque à de l'appendicite, dont tous les troubles fonctionnels abdominaux seraient la conséquence, et la dysurie à des adhérences de la vessie à la cicatrice sus-pubienne.

L'examen révèle une paroi abdominale amincie et atone, l'épigastre est déprimé, le cæcum et l'S iliaque un peu résistants, la palpation du reste du côlon y détermine un gargouillement ; l'exploration de la fosse iliaque ne détermine qu'une sensation douloureuse locale, suivie d'endolorissement prolongé.

OPÉRATION le 22 avril. — Anesthésie au chloroforme, double incision médiane, étendue du pubis à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, embrassant et dépassant en bas toutes les cicatrices des incisions anciennes, de façon à exciser tout le tissu cicatriciel.

La gaine du muscle droit du côté droit ouverte montre les fibres musculaires pâles, paraissant malades, dégénérées, mais cette alté-

ration du muscle n'est que superficielle ; le muscle droit du côté opposé, dont la gaine est également ouverte, est intact.

Incision péritonéale, répondant aux deux tiers supérieurs de l'incision cutanée ; la masse intestinale étant refoulée par des compresses montées introduites dans le ventre, on va à la recherche de l'appendice qui est facilement trouvé et attiré au dehors ; l'appendice était en position sous-cæcale, ascendant, interne, long et légèrement vascularisé. A sa partie moyenne, renflée, on sent un calcul ; le mésocolique est chargé de graisse.

Ablation de l'appendice par le procédé ordinaire.

On passe ensuite à la libération de la vessie, dont plus de la moitié de la face antérieure adhère, au-dessus du pubis, à la face postérieure de la paroi abdominale. Le tiers supérieur de la surface cruentée est enveloppé par des lambeaux latéraux du péritoine vésical, le reste est fixé aux droits, tout près du pubis.

Six semaines après l'opération : amélioration très nette des troubles dyspeptiques, les digestions sont beaucoup plus faciles, bien qu'encore un peu lentes et accompagnées d'une certaine sensation de pesanteur à l'épigastre ; la malade est au régime du lait, œufs, légumes en purée, viandes blanches ; ces dernières, qui occasionnaient auparavant de la lientérie, sont parfaitement digérées.

Constipation et entérite muco-membraneuse peu accentuées ; tous les phénomènes douloureux de l'abdomen ont disparu, la malade ressent encore, d'une manière irrégulière, comme des brûlures au niveau de la fosse iliaque droite. Tous les jours, à la même heure, gaz intestinaux très abondants.

En somme l'amélioration du côté intestinal est moins marqué que du côté gastrique.

Obs. XIV. — (In thèse MONTAIS.)

Mme W..., 21 ans. — Antécédents paternels de neuro-arthritisme, très nerveuse elle-même.

Bien portante jusqu'à 19 ans, sauf constipation de plus en plus tenace.

Début de l'affection par une crise qui la prit subitement, en plein jour, sans aucune cause apparente : douleurs très vives, sensation de déchirure et de brûlure dans tout le ventre, qui est ballonné ; état nauséux peu marqué, sans vomissements ; la malade dut être transportée chez elle. Bientôt surviennent des selles diarrhéiques persistant quelques jours, pendant lesquels la malade dut garder le lit.

À la suite de cette crise, elle remarqua dans ses selles la présence à peu près constante de glaires et même de peaux blanches, d'une certaine dimension.

Elle a eu depuis une quinzaine de crises analogues, se montrant brusquement, à intervalles irréguliers, sans autre cause déterminante appréciable que l'exagération de la constipation.

Les crises sont caractérisées par des douleurs intenses, généralisées à tout l'abdomen, qui est ballonné et très sensible à la pression dans toute son étendue ; selles nombreuses avec coliques, ténésme, évacuations abondantes de glaires et de fausses membranes. Les crises durent 4 à 5 jours ordinairement accompagnées d'un peu de fièvre ; elles tendent de plus en plus à s'accompagner de vomissements au début.

Dans l'intervalle des crises, troubles digestifs de plus en plus marqués ; d'abord sensation de pesanteur épigastrique ballonnement du ventre à la suite du repas, alternatives de diarrhée et de constipation, sensations diffuses de tiraillements et de brûlures dans l'abdomen, phénomènes d'intolérance de plus en plus marquée pour certains aliments : viandes en sauce, café, vin rouge, crudités, dont l'ingestion est rapidement suivie de vives coliques amenant des selles diarrhéiques. Le nombre d'aliments tolérés est de plus en plus restreint, et la malade finit par ne plus pouvoir supporter que du laitage et des œufs.

L'état général s'altère progressivement ; amaigrissement, exaspération du nervosisme dont les paroxysmes paraissent maintenant avoir une certaine influence sur les phénomènes d'intolérance et même sur les grandes crises douloureuses.

La malade, qui s'était fort négligée au début de l'affection, consulte de nombreux médecins, sans éprouver d'amélioration des divers traitements prescrits et exécutés.

A la fin de 1899, M. Gombault porte le diagnostic de colite muco-membraneuse, sans appendicite.

Dernière crise en février, de mêmes caractères que les précédentes, mais plus violente, fébrile avec vomissements ; la douleur spontanée reste toujours aussi mal localisée.

Depuis l'intolérance intestinale est complète : tout autre aliment que le lait détermine immédiatement une crise diarrhéique avec glaires. L'endolorissement abdominal reste continu, et la malade doit garder le lit à peu près constamment.

Vue par M. Walther au commencement de mars : très amaigrie, avec ventre douloureux partout, côlon distendu par segments, contracturé dans d'autres, sensibilité de toute l'étendue du côlon à la palpation, particulièrement nette dans la fosse iliaque droite, où la pression laisse un endolorissement prolongé.

Le repos absolu avec le régime lacté permettent, à la suite de plusieurs examens, de localiser la douleur au-dessous du point de Mac-Burney, où l'on perçoit un cordon induré, profondément situé, légèrement mobile transversalement, dirigé dans le sens des fibres du grand oblique. La douleur déterminée est beaucoup plus vive que celle du reste de la région caecale et du côlon : elle persiste plusieurs heures après la palpation.

Les phénomènes de colite muco-membraneuse, les alternatives de constipation et de diarrhée glaireuse persistent au même degré, malgré le traitement rigoureux.

OPÉRATION le 2 avril. — Anesthésie à l'éther ; incision de 10 centimètres, oblique en bas et en dedans, parallèlement à l'arcade crurale, et à 4 centimètres environ en dedans d'elle. On tombe sur la gaine du grand droit, qui s'étend jusque-là : elle est ouverte verticalement, et le muscle récliné en dedans ; incision similaire du feuillet postérieur de la gaine, boutonnière péritonéale agrandie aux doigts ; on trouve facilement l'appendice, exactement situé au point où il avait été senti, en position oblique interne. Il est libre de toute adhérence et facilement amené au dehors, très vasculaire, rigide ; son mésocœliforme est également tendu, ses vaisseaux sont dilatés, presque variqueux.

Deux points enchainés au catgut sur le méso, qui est séparé à mesure de l'appendice ; celui-ci est lié à la base, décortication facile de la manchette séreuse, curetage de la muqueuse du moignon, cautérisation ; fermeture de la manchette et enfouissement au moignon sous le méso.

Examen de l'organe enlevé. — Le canal appendiculaire est largement perméable ; à la partie moyenne, calcul du volume d'une grosse lentille ; sur toute son étendue, la muqueuse appendiculaire présente un piqueté rouge de folliculite, mais ce piqueté est beaucoup plus marqué à l'extrémité libre qu'à la base, et surtout intense au point où siégeait le calcul.

Suites opératoires normales ; la malade sort le 5 mai.

Revue à plusieurs reprises, la dernière fois à la fin de juin ; état général meilleur, beaucoup moins d'amaigrissement, la marche est sans inconvénient, mais les phénomènes de colite muco-membraneuse (rejet de glaires et de peaux, douleurs et brûlures diffuses dans l'abdomen) ne se sont que peu amendés ; l'intolérance intestinale existe encore pour la viande rouge, le vin et les légumes, qui ne sont tolérés qu'en purée.

OBS. XV. — (WALTHER, in thèse RASTOUIL.)

Le nommé J. Sch..., opéré le 18 avril 1899.

Ce malade a eu de la colite muco-membraneuse très nette. Le Dr Delpeuch l'a soigné pendant six mois. Le malade souffrait toujours, il accusait des douleurs dans la fosse iliaque droite, que la palpation réveillait. Le teint était terreux, les yeux étaient cernés, le malade ne pouvait subir aucune fatigue.

OPÉRATION. — Appendice rétro-cæcal très long, moniliforme, très vascularisé. Les lésions de folliculite sont très nettes.

Suites opératoires. — Depuis l'opération le malade a senti ses forces revenir ; les douleurs à droite ont disparu, et, particularité intéressante, le malade a continué à rendre des membranes pendant une dizaine de jours, puis la colite muco-membraneuse a disparu.

Cette année, en 1900, le malade a eu la grippe, et à cette occasion

il a encore rendu dans les selles quelques membranes, puis tout est rentré dans l'ordre.

Obs. XVI. — (WALTHER, *Congrès de Chir.*, 1898.)

La nommée X...

Antécédents. — Dans l'enfance, maladie d'intestin grave, vers l'âge de 6 à 8 ans, sans renseignements précis. Depuis, toujours des troubles gastro-intestinaux, plus ou moins accusés. Digestions laborieuses, constipation habituelle, selles glaireuses.

Douleurs de reins, douleurs dans tout le ventre, mais plus à droite.

Longtemps la malade a été soignée par G. Sée, mais surtout pour des accidents cardio-vasculaires, qui ont été très améliorés par l'iodure de calcium.

En 1894, à Menton, le Dr Galland-Gleize l'examinant pour des douleurs de ventre, dont elle se plaignait toujours, constata la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et porta le diagnostic de pérityphlite chronique.

En 1895, le Dr Bouisson vit la malade pour la première fois et trouva en effet dans la région caecale un empatement profond assez étendu (de quatre travers de doigt environ en long et en large), non mobilisable, douloureux à la palpation. La malade présente toujours des signes de colite muco-membraneuse. A la suite d'un régime approprié et de grands lavages quotidiens de l'intestin à l'eau bouillie, les douleurs diminuèrent un peu d'intensité, la tumeur iliaque s'effaça aussi en partie, mais les garde-robes contenaient toujours du mucus et des peaux.

Toute l'année 1896 se passa ainsi, la malade tourmentée surtout par sa constipation était obligée de passer chaque matin au moins une heure pour obtenir une garde-robe

En 1897, saison à Châtel-Guyon. Irrigations intestinales abondantes, qui amènent une légère amélioration ; mais aussitôt après, une fièvre typhoïde bénigne.

Au commencement de 1898, crise légère d'urémie, probablement consécutive à une intoxication alimentaire, car l'albumine a rapidement disparu et ne s'est plus montrée depuis.

Examen le 9 avril 1898 avec M. Bouisson. Femme très nerveuse ; embonpoint exagéré. Palpitations fréquentes. Mais pas de lésions cardiaques appréciables.

Abdomen très difficile à explorer à cause de l'épaisseur de la paroi. Douleur diffuse dans toute la moitié droite de l'abdomen et dans la région lombaire droite. Le maximum de la douleur à la pression siège très nettement sur le cæcum. La pression en ce point, outre la douleur locale, provoque une sensation de tiraillements pénible à la région ombilicale. La palpation permet de reconnaître, au niveau du cæcum, une masse profonde, immobile qui correspond exactement au point douloureux.

Il existe de plus une rétro-flexion douloureuse et un prolapsus de la muqueuse rectale, très pénible à cause des efforts que provoque la constipation opiniâtre.

Ce dont se plaint surtout la malade, en dehors des troubles digestifs, c'est la douleur constante dans la fosse iliaque droite et surtout la région lombaire, douleur qui rend la marche très pénible, et qui a son maximum d'intensité quand la malade va en voiture.

Le repos, le régime sévère n'amènent aucune amélioration et sur les instances pressantes de la malade, je me décide à intervenir.

OPÉRATION le 5 mai. — Anesthésie à l'éther.

Incision très longue, à cause de l'épaisseur de la paroi. A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon apparaît, masquant toute la région.

L'épiploon tout entier adhère au cæcum, puis au côlon ascendant, jusqu'à l'angle du côlon transverse.

Ces adhérences sont fibreuses, anciennes, impossibles à décortiquer de l'intestin. L'épiploon est chargé de graisse, assez vasculaire, mais pas rouge, comme dans les cas d'épiploïte récents. Il est réséqué, après application d'une série de ligatures en chaîne. La partie terminale de l'épiploon, adhérente à l'intestin, est liée près de l'intestin, en une série de ligatures isolées, pour éviter la coudure de l'intestin, qu'entraînerait la ligature en chaîne sur une aussi longue étendue.

L'appendice est trouvé sous le cæcum, en position verticale ascendante interne. Il est réséqué suivant la méthode ordinaire, après ligature en chaîne du méso-appendice.

Suture de la paroi en trois plans : drain en face du moignon appendiculaire.

Ablation des sutures, le 13, avec réunion ; mais conservation du drain, le trajet de drainage laissant tomber encore un peu de liquide louche.

Le 20 mai, 21 jours après l'opération, la malade fut prise brusquement de fièvre, 39°, avec accélération du pouls (125), et vomissements. Je désunis la plaie, pour m'assurer s'il n'y avait pas d'infection profonde du foyer péritonéal au niveau du moignon appendiculaire. Je ne trouvai rien ; la réunion profonde était parfaite, et on ne sentait aucun foyer péritonéal ; je ne pus attribuer cette élévation de température qu'à une intoxication alimentaire, la malade ayant, ce jour-là, pour la première fois mangé du poisson.

La plaie se cicatrisa régulièrement. J'ai revu la malade ce mois-ci ; elle se plaint toujours de la lenteur et de la difficulté des digestions ; la constipation existe toujours presque au même degré. Mais les douleurs lombaires si pénibles ont disparu. L'exploration de la fosse iliaque est absolument négative. La malade peut marcher et aller en voiture sans douleur.

Examen histologique par M. le Dr Weinberg. — L'appendice est régulier et mesure 7 centimètres de longueur. Son épaisseur est de 6 millimètres sur 4.

Les lésions histologiques, qu'on constate au microscope, sont celles de la folliculite chronique hypertrophique. Elles sont tout à fait caractéristiques, mais ne présentent rien de particulièrement intéressant. On trouve bien quelques lymphatiques remplis de globules blancs dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse, mais ces derniers sont très rares.

OBS. XVII.— (In thèse VORBE, 1898.)— *Colite muco-membraneuse.*—
Fissure à l'anus, avec contracture spasmodique. — *Appendicite chronique et pérityphlite.* — *Réssection de l'appendice, dilatation de l'anus.* — *Persistance de l'entéro-colite.*

P..., 40 ans, tisseur à Villecheux. Père et mère morts de la poitrine. Deux frères et une sœur en bonne santé. Frère mort de la grippe.

Dans l'enfance on ne note aucune maladie infectieuse. Il y a douze ans le malade a eu des hémoptysies et a toussé pendant trois mois. Incapable de travailler pendant cette période. Depuis il a eu des bronchites tous les hivers. Il y a trois mois, le malade est de nouveau retombé malade ; il fut pris de céphalalgie, de frissons, de douleurs de reins et de l'abdomen. Il eut des coliques atroces, qui résistèrent à tous les traitements. Le 13 avril 1898, il rentre à Saint-Augustin avec un facies coloré, non cachectique, il ne tousse pas, et se plaint seulement de sensation de cuisson dans l'abdomen, de borborygmes douloureux et de ballonnement très accusé après le repas. Ordinairement le malade est très constipé, il a parfois des périodes de diarrhée. L'examen de l'abdomen dénote alors, à la pression superficielle, une douleur assez accusée dans tout l'abdomen, mais surtout au niveau des deux fosses iliaques. Pas de vomissements.

30 avril. — Le malade a eu hier une selle absolument glaireuse, analogue à des crachats, dont l'évacuation s'est accompagnée d'épreintes et de ténésme douloureux. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal, une légère induration cependant de la fosse iliaque droite. Le 25 juin, le malade sort un peu amélioré. Le 20 juillet, il rentre à nouveau à Saint-Augustin. On constate de nouveau : douleurs continuelles, constipation alternant avec les évacuations de fausses membranes, de filaments, de mucus et même de sang. Le malade s'est cachectisé et est devenu lymphatique : on note même un peu de dyspnée. Le 16 août, il passe en chirurgie. On constate une ulcération au pourtour de l'anus, étroite, parallèle aux plis rayonnés, accompagnée d'une douleur locale intense et d'une contracture con-

tinue et paroxystique du sphincter. Il se plaint de douleurs profondes dans le bas-ventre à maximum dans la fosse iliaque droite. Il existe, en effet, un empatement diffus au niveau du point de Mac Burnay.

Le 18, ablation de l'appendice et dilatation du rectum. L'appendice est libre dans la cavité abdominale, de volume normal, avec un peu de fibro-lipome de son méso. A l'ouverture est un calibre sans oblitération, ni rétrécissement ; dans le fond deux boulettes stercorales et deux pépins de raisin. Traces de vieille inflammation. Le 5 septembre, le malade passe dans un service de médecine. Plus de douleurs iliaques, persistance des glaires dans les selles. Le malade suit à la salle St-Jean un traitement médical ; il s'améliore rapidement. Actuellement le malade est presque guéri et les troubles intestinaux qu'il présente encore sont insignifiants.

OBS. XVIII. — (In thèse VORBE.) — *Accidents d'entéro-colite et d'appendice chronique.*

Mme X..., 25 ans. Antécédents héréditaires. Père et mère en bonne santé, un frère mort de perforation intestinale dont la cause est inconnue, nous dit la malade, une sœur morte en bas-âge, d'échauffement.

Antécédents personnels. — Rhumatismes et angines. Nervosisme. L'histoire de la malade remonte à 14 ans. La malade à ce moment se mit à souffrir de constipation, de malaises gastro-intestinaux, de migraines. De temps en temps, elle avait des débâcles, et ses garde-robes contenaient des matières glaireuses et des membranes. Cependant l'état général était assez bon. A l'âge de 16 ans, elle fut prise tout à coup de douleurs épigastriques très violentes ; on crut d'abord à un embarras gastrique, mais trois jours après, la malade est prise de coliques abdominales, de vomissements muqueux, puis bilieux. L'abdomen était très ballonné. On donne alors des lavements purgatifs. Débâcle de matières glaireuses de membranes et de scybales enrobés de mucus. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade se remet peu à peu. Mais au bout de dix jours, à la suite d'un voyage

en voiture, la malade est en proie de nouveau aux mêmes symptômes, même plus forts, nous dit la malade. Même traitement. La malade se remet assez vite et va passer quelque temps à la campagne.

A son retour, la malade est presque guérie, mais état gastro-intestinal toujours faible. Le moindre écart de régime, le plus petit excès de nourriture provoquent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, et des débâcles de matières rubanées. Cet état se prolonge jusqu'à l'âge de 20 ans. La malade se marie, et, à l'occasion de sa première grossesse, trois mois avant la fin de cette dernière, elle sent tout à coup, dans le côté droit, une douleur lancinante fixe. Pendant trois ans elle conserve cette douleur, accompagnée tous les trois ou quatre jours de vomissements bilieux et de débâcles de membranes. Malgré cela, l'état général continue à être bon. Pas d'amaigrissement notable, mais une certaine faiblesse.

Au mois de mai 1897, la malade eut une crise plus violente que les autres ; les vomissements très abondants sont accompagnés d'étouffements. La malade est très nerveuse, et son nervosisme s'est accru, nous dit-elle, depuis la maladie. Elle fit appeler M. le Dr Bérard, qui diagnostique une appendicite, en présence de la douleur fixe dans la fosse iliaque droite et du point de Mac-Burney. Mais, vu les précédentes attaques d'entéro-colite muco-membraneuse, la malade fut soumise pendant deux mois à un traitement médical, qui l'améliora beaucoup. L'opération est faite le 3 juillet 1897. On trouve un appendice très enflammé, très sclérosé, prêt à se perforer au milieu.

Après l'opération, plus de constipation et santé générale très bonne. Mais au bout de 6 mois, la constipation est revenue, et les mêmes attaques de vomissements et de selles glaireuses, muco-sanguinolentes réapparaissent. Sur ces entrefaites, le 4^{er} septembre 1898, la malade prend froid et a une attaque de dysenterie (?). Elle rentre le 8 octobre 1898 à la Maison de santé. Les troubles gastro-intestinaux persistent, mais moins intenses. Un traitement médical et un régime particulier sont institués ; la malade va mieux.

OBS XIX. — (Résumée, inédite ; due à l'obligeance de
M. le D^r CONCHON, de Châtel-Guyon) (1).

Mlle D. ., 20 ans. Appendicite consécutive à une entéro-colite muco-membraneuse avec constipation, datant de la première enfance. Opérée par Bouilly en 1896.

La constipation a cédé à l'opération, mais la colite subsiste et amène la malade à Châtel-Guyon, en 1899.

OBS. XX. — (Résumée, inédite ; due à l'obligeance de
M. le D^r CONCHON.)

M. P. T... Vient à Châtel-Guyon en 1902. Entéro-colite muqueuse suivie d'appendicite opérée par Brun depuis six mois. La colite était reparue deux mois après l'opération et a nécessité deux cures à Châtel-Guyon.

OBS. XXI. — (Résumée, inédite ; due à l'obligeance de
M. le D^r CONCHON.)

Mlle G..., 15 ans. Appendicite calculeuse avec un peu de colite, opérée depuis huit mois par Jalaguier. Depuis l'opération, colite muco-membraneuse *beaucoup plus intense* qu'avant, dilatation d'estomac ; constipation. Cure à Châtel-Guyon en 1903.

OBS. XXII. — (Résumée, inédite, due à l'obligeance de
M. le D^r Ch. Roux.)

Mlle X..., 33 ans. Jusqu'à 22 ans, bien portante. Commence alors à être constipée et à maigrir, sans crise douloureuse. Depuis, toujours constipation, troubles dyspeptiques légers, ne va à la selle qu'à l'aide de lavements fréquents. Amaigrissement notable, pas de règles jusqu'à l'âge de 20 ans (1887).

(1) Nous remercions M. le D^r Conchon qui a bien voulu nous communiquer ces observations.

A ce moment, brusquement apparaît une douleur vive dans le côté droit du ventre, obligeant la malade à s'aliter. M. Rendu fait le diagnostic de congestion du foie. Depuis, douleur persistante à droite, presque continuelle, s'exaspérant par moments.

Depuis lors aussi, glaires abondantes dans les selles. Par moments aussi, hémorrhagies intestinales (un verre à bordeaux avec les glaires). Elle se fait soigner successivement par un nombre considérable de médecins, mais sans amélioration de son état ; la douleur à droite persistait, surtout marquée après les repas.

Lorsque M. Roux la voit (1900) la malade ne pèse plus que 27 kilogr. ; en six mois, grâce au régime institué, elle augmente de 10 kilogr. Elle peut alors reprendre ses occupations, mais les douleurs persistent. L'estomac, très distendu, descend au-dessous de l'ombilic après le repas. Sensibilité épigastrique très vive après le repas. Le côlon peut être senti sur tout son parcours, contracturé au niveau du côlon transverse et de l'S iliaque ; le cæcum, contractile, forme par moments une tumeur globuleuse, rappelant très exactement la sensation fournie par le rein flottant.

Gaz très nombreux (une centaine) vers 4 ou 5 heures du matin. La pression sur le côlon détermine une douleur, qui provoque des nausées. Ses matières sont moulées, nauséabondes et n'arrivent qu'avec des lavages très nombreux.

Puis elle échappe à la direction du Dr Roux ; elle maigrit de nouveau et arrive à son poids primitif de 25 kilogr. Elle est opérée en septembre 1901 ; on trouve un côlon ascendant petit, moniliforme, contracté. L'appendice est enflammé chroniquement ; il est long, fibreux, à parois épaissies ; une bride fibreuse le relie au cæcum et au milieu du côlon transverse, qui est coudé et abaissé.

Après l'opération, amélioration pendant quelques jours ; petit à petit les anciens symptômes reviennent tous. Elle maigrit encore et s'éteint dans une nuit, après avoir bu un verre de lait.

OBS. XXIII. — (Résumée. — EWALD, in *Langenbeck's Archiv f. klin. Chir.*, 1899, vol. LX.)

Homme de 54 ans. Depuis plusieurs années endolorissement de la région sous-ombilicale, avec accès de douleurs lancinantes, prédominant à droite. Constipation opiniâtre. Selles muco-sanguinolentes.

Opération : l'appendice, tordu sur lui-même est fixé contre le fascia iliaca. Guérison.

OBS. XXIV. — (Pozzi. — *Société de Chirurgie*, 1896.) — *Appendicite et cholédorite compliquées de péritonite séreuse localisée succédant à une entéro-colite. Laparotomie, résection de l'appendice, drainage du péritoine. Guérison (obs. recueillie par M. Collinet, interne des hôpitaux).*

Marguerite de B..., 9 ans, a eu, il y a deux ans, une entéro-colite glaireuse et l'été dernier une fièvre typhoïde de moyenne intensité, dont elle s'est assez bien remise.

18 octobre 1896. — Elle est prise d'un embarras gastrique léger ; ce jour-là la mère de la petite malade lui administre un purgatif doux.

22. — Il y a encore de l'inappétence, la langue est saburrale, sans aucune élévation de température. Dans la journée il se produit douze vomissements.

23. — M. Chevalet, médecin de la famille, voit pour la première fois l'enfant. Les vomissements ont disparu avec une potion chloroformée. La malade se plaint d'une douleur épigastrique violente, exagérée par la palpation. Il y a de la tympanite du côlon et une douleur provoquée très nette sur la région du cæcum. La température rectale est de 37°2. On porte le diagnostic d'entéro-colite.

24. — Il s'est produit un peu de diarrhée.

Les selles contiennent des matières glaireuses et ont une odeur infecte. On y remarque par places de petits tractus sanguinolents. Température 37°4.

25. — M. Jules Simon voit l'enfant dans la matinée et confirme le diagnostic d'entéro-colite glaireuse à forme septique, avec accompagnement de typhlite et probablement d'appendicite. On sent en effet très nettement dans la fosse iliaque droite un empâtement résistant qui correspond exactement au cæcum. La température est de 37°5. Il n'y a plus de vomissements ; la langue est saburrale ; l'haleine a une odeur infecte. Vers 11 heures ou minuit il se produit des crises douloureuses avec cris, mouvements désordonnés des membres.

26. — L'enfant est toujours dans le même état. La température se maintient à 37°5. Le calomel, administré à doses fractionnées, a produit quelques selles glaireuses. Il y a toujours du tympanisme, la douleur s'accroît le long du côlon ascendant. Les crises nocturnes ont persisté, la douleur se localise surtout au voisinage de l'ombilic.

Pendant les jours suivants le même état persiste ; mêmes crises nocturnes, mêmes douleurs, mêmes selles glaireuses, même tympanisme.

30. — La malade rend par l'anus un paquet de glaires.

31. — La tuméfaction et la douleur locales ont diminué. La palpation, très douloureuse auparavant au niveau du cæcum est mieux supportée. Pendant toute cette période il n'y a pas eu d'élévation de température. La crise douloureuse nocturne continue.

1^{er} novembre. — M. Pozzi voit la malade avec MM. Simon et Chevalet, et, en face des antécédents très nets et localisés à la région cæcale, décide une intervention.

OPÉRATION le 2 novembre. — Une incision de 10 centimètres environ est pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite, parallèlement au pli de l'aîne. Le milieu de l'incision correspond à l'épine iliaque antéro-supérieure et est situé à 2 centimètres en dedans d'elle.

Au moment où on incise le péritoine, il s'écoule 2 à 3 grandes cuillerées de liquide ascitique citrin. La séreuse n'est ni rouge, ni épaissie ; pas de granulations miliaires, ni de fausses membranes.

On tombe immédiatement sur le cæcum qui est extrêmement distendu par des gaz, et on trouve facilement l'appendice rosé, libre, de toute adhérence. Au palper, il semble un peu dur, surtout au niveau

de sa partie supérieure. Il s'insère tout près de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum, qui est par suite très court. La longueur de l'appendice est d'environ 10 centimètres. On le résèque après une ligature solide au catgut. Après cautérisation au thermo-cautère de la surface de section, on place quelques points de suture de Lembert à la soie fine, de manière à recouvrir le moignon et à le refouler sous un pli de l'intestin. L'exploration attentive de la cavité abdominale avec le doigt introduit jusque sous le foie et dans la région de la vésicule ne fait découvrir aucun point suspect.

Une mèche de gaze faiblement iodoformée est placée au niveau du cæcum et vient sortir dans l'angle inférieur de la plaie.

Examen de la pièce. — L'appendice, examiné immédiatement après l'opération, offre une cavité libre et ne renferme aucun corps étranger. Au niveau de la partie moyenne on voit à sa surface une suffusion sanguine, étendue de quelques millimètres. Une petite vésicule d'œdème séreux s'observe dans le voisinage de la suffusion sanguine : sa grosseur est égale environ à la moitié d'un pois.

L'examen histologique a été pratiqué par mon interne, M. Beausenat, qui a fait une série de coupes sur toute l'étendue de l'appendice. Les lésions sont fort peu accentuées et ne se voient que dans le tiers supérieur. L'altération ne porte que sur la sous-muqueuse, dans la zone réticulée est infiltrée de leucocytes. Cependant les follicules clos sont encore nettement distincts. La zone périphérique, fasciculée, est œdématiée, avec intégrité absolue des parois et de la lumière des vaisseaux. La couche musculaire est nettement différenciée, cependant l'œdème l'a un peu envahie et les faisceaux sont un peu dissociés et écartés par lui.

En somme il s'agit là d'une inflammation nette, mais commençant, ou tout au moins peu profonde, limitée au tiers supérieur de l'appendice.

Suites opératoires. — La température rectale, qui était le matin de 37°1 monte le soir à 39°2 et le pouls bat à 92. L'agitation revient par moments et se traduit par des mouvements désordonnés des bras et des cris. Ces périodes d'agitation alternent avec des périodes de somnolence de très courte durée. Mais il est à remarquer que l'agitation

continue de la malade a un caractère très différent de la crise douloureuse (colique appendiculaire) qui survenait régulièrement à 11 heures ou minuit ; celle-ci n'est pas revenue.

3 novembre. — L'agitation a persisté toute la nuit ; la température atteint le matin 40°2, le pouls est à 84.

Les pièces de pansement sont imprégnées d'une grande quantité de sérosité rosée ; on les change et on remplace la mèche par un drain.

Les urines sont assez rares, mais limpides et d'aspect normal.

Le soir la température est à 39°8, le pouls à 112.

4. — Dans la nuit, agitation.

La température du matin est 39°5, le pouls à 92.

Le pansement est renouvelé. Les pièces en sont imbibées d'une sérosité incolore, plus épaisse que la veille ; elles sont pour ainsi dire empesées.

La malade boit un peu plus qu'hier ; les urines sont plus abondantes, mais beaucoup plus colorées ; elles ont l'aspect nettement ictérique.

Le soir la température est à 39°6, le pouls à 84.

Dans la soirée et la première partie de la nuit, il se produit cinq selles verdâtres, glaireuses, extrêmement fétides.

5. — On donne de très bonne heure 0 gr. 10 de calomel. T. 38°4, pouls 80. Teinte subictérique des conjonctives.

Le pansement est changé comme tous les jours. Il ne s'est pas écoulé de sérosité. Quelques gouttes de pus tachent la gaze au niveau du drain.

Le soir la température est à 38°7, le pouls à 70.

Les urines ne sont pas très abondantes, mais sont très colorées. L'acide nitrique y détermine des anneaux colorés très nets de matière colorante biliaire, et un abondant précipité d'urates. La chaleur ne décèle pas une trace d'albumine.

Dans la nuit il se produit cinq petites selles toujours très fétides et colorées.

6. — Une nouvelle dose de 0 gr. 10 de calomel est administrée le matin. T. 38°5, pouls 68.

Dans la matinée il se produit une selle moins fétide que celle de la nuit, mais beaucoup moins colorée.

Les pièces de pansement qu'on enlève ne sont pas tachées, sauf au voisinage du drain où une très petite quantité de pus a suinté. On change le tube de drainage, et au moment où on introduit le nouveau tube dans une direction plus déclive, il s'écoule par son orifice environ une cuillerée de sérosité jaune orangée, légèrement filante, sans la moindre odeur fécale. Cet écoulement continue pendant toute la journée, il imbibé complètement le pansement et tache même un peu les draps.

La teinte subictérique des conjonctives est plus prononcée.

Le soir la température est à $39^{\circ}3$, le pouls à 68.

Vers 9 heures du soir, il se produit une selle abondante, fétide, moins colorée que la précédente.

7. — L'état général est bon, la langue humide et blanche.

La température est à $38^{\circ}4$ le matin ; elle descend vers 2 heures de l'après-midi à $37^{\circ}8$ et remonte le soir à $38^{\circ}3$. Le pouls, qui est à 64 le matin, bat à 60 le soir.

La malade a deux selles avec matières moulées, entièrement décolorées. L'urine est toujours très foncée, jaune verdâtre et peu abondante.

Le soir le pansement est fait, les compresses sont traversées par le suintement jaunâtre péritonéal que laisse écouler le drain.

8. — La nuit a été bonne ; il n'y a plus d'agitation ; le sommeil est revenu.

Le matin, la température est à $37^{\circ}6$, le pouls à 60.

La teinte ictérique des conjonctives est très prononcée. Les téguments sont envahis par la coloration jaune de l'ictère.

Le pansement est renouvelé le soir ; il y a un léger suintement séreux.

Température vespérale $37^{\circ}7$, pouls 60.

Les urines sont un peu plus abondantes et semblent moins foncées. Comme il n'y a pas eu de selle la veille, on administre un lavement de lait, qui provoque une garde-robe assez abondante, décolorée et fétide.

9. — La malade a dormi presque toute la nuit.

Température du matin 37°8, du soir 37°6. Le pouls se maintient à 64 toute la journée. Pansement.

Le soir une selle moulée et toujours décolorée.

10. — Les urines sont moins ictériques. Un lavement provoque une selle abondante qui commence à se colorer en jaune. L'obstacle au passage de la bile dans l'intestin semble être levé.

La température est à 37°4 le matin, à 37°8 le soir. Le pouls monte de 60 à 72.

Le soir on change le pansement qui présente une simple petite tache au niveau du drain. On raccourcit le tube.

L'appétit se développe et doit être modéré.

11. — Etat général excellent. Température 37°3, pouls 68.

12. — Le mieux continue, la température est normale. Le drain ne mesure plus que 3 centimètres.

13. — Urines et selles normales.

14. — Le drain est supprimé. Etat aussi satisfaisant que possible.

4 décembre. — Cicatrisation complète. Etat excellent. La convalescence a fait de rapides progrès, la petite malade a considérablement engraisé. Elle ne ressent plus aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression.

La guérison n'a fait depuis lors que s'accroître.

Obs. XXV. — (Inédite ; due à l'obligeance de M. le Dr LOUIS LIÈVRE.)

Jeanne C..., âgée de 49 ans. Pas d'antécédents héréditaires ; frères et sœur bien portants.

Elle-même habituellement constipée. En juillet 1900, première crise d'entéro-colite muco-membraneuse, avec température élevée, selles sanguinolentes et évacuation de fausses membranes. En décembre 1900, nouvelle crise ayant duré quinze jours. Entre les deux crises constipation persistante, et, de temps à autre, évacuation de mucosités et de fausses membranes.

Pendant l'été 1902, crise abdominale douloureuse ; on diagnostique une appendicite qui est opérée en province, pendant le séjour de la malade à la campagne.

L'entérite persiste : en mai-juin 1903, toujours constipée, la malade est massée et améliorée en 35 séances ; elle dit aller mieux de son entérite, mais aurait, paraît-il, maigri. Etat général cependant bon.

Revue en octobre 1903, la malade est moins constipée. Elle a des alternatives de mieux ; moins de mucosités et de fausses membranes. Nouvelle série de massages, qui améliorent sensiblement l'état intestinal.

OBS. XXVI. — (D^r DELHERM, Thèse, Paris, 1903.)

Mlle Marguerite R... (n° 6114), 23 ans, envoyée à la clinique Apostoli-Laquerrière, pour entéro-colite, par le D^r Ch. Roux.

A commencé à souffrir de l'estomac et de l'intestin à 16 ans, et peu après, l'entéro-colite s'est manifestée avec des alternatives de diarrhée et de constipation.

A commencé à être traitée à Andral à 19 ans.

A fait deux séjours à la Salpêtrière pour accidents nerveux et psychiques.

Ces divers traitements bien suivis ont amené des périodes d'amélioration, mais peu durables.

En juillet, elle prend Carabaña quand elle est constipée et laudanum quand elle a de la diarrhée ; va bien. En août ce traitement perd ses bons effets. En septembre, absence de selle durant vingt jours, puis diarrhée très intense qui dure six semaines.

Enfin depuis treize jours, au moment de son entrée, est reprise de constipation. A pris trois fois du Carabaña, des lavements huileux, des lavements divers, des lavages, trois fois des lavements purgatifs du codex, le tout sans résultat. C'est dans ces conditions que le D^r Roux l'envoie à la Clinique.

Traitement. — I. — Du 27 décembre au 31 janvier. Vingt-sept séances de courant continu avec la méthode de Doumer de 60 à 110 milliampères.

Il y a une selle après la troisième séance, mais d'une façon générale, le résultat est peu brillant, nous obtenons une selle à peu près

régulièrement chaque jour ; mais presque toujours il est nécessaire de recourir au suppositoire et au lavement.

II. — Le 1^{er} février éclate une crise de diarrhée sans cause appréciable (11, 12, 13 selles et plus chaque jour), huit séances de faradisation prolongée.

Chaque séance supprime les selles durant 12 à 15 heures, après, les selles diminuent d'abondance et la crise cesse le 21 février.

III. — Le 27 février reprise de la constipation.

Du 27 février au 27 juin. Vingt-deux séances de la méthode de Doumer de 80 à 100 milliampères.

Du 27 février au 15 mars. — En dix-sept jours, une fois deux selles spontanées, douze fois une selle spontanée, trois fois selles après suppositoires, un jour sans selle.

Du 15 mars au 15 avril. — La malade a une légère poussée grippale et fait plusieurs fois de notables imprudences alimentaires ; en trente jours : sept jours sans selles, un jour huit selles diarrhéiques, une selle après lavage, dix-huit jours une selle spontanée.

Les glaires n'apparaissent plus que par intermittences soit à la suite d'imprudence, soit lorsqu'il n'y a pas eu de séance depuis longtemps.

Du 15 mai au 27 juin. — Une selle spontanée quotidienne, sauf cinq jours sans selles et un jour avec trois selles de diarrhéiques.

Continue à avoir une selle chaque jour jusqu'au 2 juillet. A ce moment sans cause appréciable, nouvelle crise de diarrhée.

IV. — Du 2 juillet au 13. — Sept faradisations, chaque séance produit un arrêt complet de la crise jusqu'au lendemain après-midi en général. La crise est moins forte que les crises habituelles.

V. — Du 13 au 23 juillet 1902. — Quatre séances de Doumer, une selle chaque jour.

A partir de ce moment, on peut considérer la malade comme guérie ou à peu près de son entéro-colite.

En août à la suite d'émotions de toutes sortes, crises de vomissements incoercibles qui sont traités et guéris par la galvanisation du pneumogastrique.

Ces vomissements s'accompagnent de quelques irrégularités dans

les selles, et lorsqu'ils sont terminés il y a une algie du plexus solaire qui est traitée par dix-huit galvanisations du plexus de 50 à 150 milliampères.

Comme la malade est dans un état psychique déplorable, on lui fait de temps à autre des séances de Doumer (14 en 3 mois) quand les selles deviennent plus dures, de façon à éviter que le souci de la santé s'ajoute à ses autres préoccupations.

A en moyenne vingt-cinq selles par mois sans peaux, très exceptionnellement avec un peu de glaires.

A partir de janvier, l'intestin va bien.

Fin avril une crise d'appendicite.

En juin. — Deuxième crise d'appendicite aiguë, à la suite de constipation intense durant trois semaines environ. Opération : l'appendice est augmenté de volume et perforé, sans oblitération même partielle il contient une petite boulette stercorale.

Ensuite va bien, selle tous les jours, sans peaux ni glaires, mais cinq ou dix fois, a eu des crises de diarrhée à la suite d'émotions morales (diarrhée nerveuse) qui cèdent immédiatement à une séance de faradisation.

Vue pour la dernière fois le 1^{er} mai 1903. Selle quotidienne spontanée, sans peaux ni glaires, venant bien, suffisante.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite est une manifestation fréquente au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

2° Les deux affections ne paraissent pas être sous la dépendance des mêmes facteurs étiologiques. Leurs lésions anatomiques dissemblables font penser que l'entéro-colite pseudo-membraneuse joue plutôt un rôle prédisposant que déterminant sur l'appendicite.

3° Le traitement de l'entérite ne semble pas plus atténuer les phénomènes appendiculaires, que la résection de l'appendice ne fait disparaître l'entérite.

4° Toutefois, le seul traitement de l'appendicite est la résection. Mais l'évolution de cette affection ne comportant pas un pronostic fâcheux et la laparotomie étant une opération sérieuse, il ne faut pas se hâter d'intervenir, et ne proposer l'opération chirurgicale qu'après avoir reconnu l'inutilité du traitement médical, longtemps poursuivi.

Vu :

Le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Académie de médecine, 1896, 1897.

Beaussenat. — Appendicite expérimentale, *Bull. Soc. anat.*, 5 février 1897.
— Thèse de Paris, 1897.

Bernard (Félix). — Rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite. Communic. au *XIV^e Congrès internat. de Méd.*, Madrid, 23-30 avril 1903.

Beurnier. — *Journal des Prat.*, 18 février 1900.

Broca (Aug.). — *L'appendicite* (Actualités méd.), Paris, 1900.

Brun. — Appendicite, in *Traité des maladies de l'enfance*.

— A propos de l'appendicite, *Presse méd.*, 1896.

Brun et Letulle. — Lésions histologiques de l'appendicite, *Presse méd.*, 1897.

Caron de la Carrière. — *Journal de méd. infant.*, 1897.

Conchon. — Typhlite et appendicite. Leur traitement par les eaux de Châtel-Guyon. Comm. au *Congrès internat. d'hydrologie*, Clermont-Ferrand, 5 octobre 1896.

Courtois-Suffit. — Appendicite, in *Traité de médecine*, t. IV, 2^e édit., 1900.
Congrès de chirurgie, 1898, 1902.

Delbet (Paul). — Pathogénie et traitement de l'appendicite, *Arch. gén. de méd.*, 1897.

Dieulafoy. — *Cours de la Faculté de Médecine*, 1895.

— *Manuel de Pathologie interne*, Paris, 1901.

— *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897.

Edwards. — Membranous enteritis, *The amer. Journ. of. med. Sc.*, 1888.

Ewald. — De l'appendicite larvée, *Langenbeck's Arch. f. klin. Chir.*, 1899, vol. LX, n^o 1.

Forgue et Reclus. — Appendicite, *Traité de thérap. clin.*, t. II.

Froussard. — Thèse de Paris, 1900.

Gervais de Rouville. — *Presse méd.*, 1896.

Mlle Gordon. — Thèse de Paris, 1896.

Guillard. — Thèse de Paris, 1901.

Isaac. — Thèse de Paris, 1901.

- Jalaguier.** — Appendicite, in *Traité de Chirurgie*, 2^e édit., Paris, 1898.
- Jeanselme.** — Appendicite, in *Manuel de médecine*.
- Kitawaga.** — Beitrag zur Kenntniss der Enteritis membranacea, *Zeitschr. f. klin. Med.*, XVIII, 1890.
- Langenhagen** (M. de). — *Semaine méd.*, 5 janvier 1898.
- *Presse méd.*, 11 mai 1901.
- Letulle et Weinberg.** — Histologie pathologique des appendicites, *Presse méd.*, 1897.
- *Arch. des Sc. méd.*, 1898.
- Legueu.** — *L'Appendicite* (L'œuvre méd. chir.), Paris, 1897.
- Lévrey.** — Thèse de Paris, 1898.
- Lièvre** (Louis). — Un adjuvant des eaux de Châtel-Guyon, *Châtel-Guyon journal*, 6 septembre 1903.
- Lyon** (G.). — *L'entéro-colite muco-membraneuse*, Paris, 1900.
- Mathieu.** — *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, Paris, 1901.
- Montais.** — Thèse de Paris, 1900.
- Monod et Vanverts.** — *Appendicite* (Encycl. des aide-mémoire).
- Ossian Schaumann.** — *Presse méd.*, 1901.
- Pillet et Costes.** — *Bull. Soc. anat.*, 1895.
- Pozzi.** — Sur l'appendicite. Pathogénie, *Presse méd.*, 1897.
- Pesquerel.** — Thèse de Paris, 1899.
- Rastouil.** — Thèse de Paris, 1901.
- Robin.** — *Les maladies de l'estomac, diagnostic et traitement*, Paris, 1901.
- Rochez.** — Calculs append. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1894.
- Rothmann** (M.). — Beitr. z. Enteritis membranacea, *Zeitschr. f. klin. Med.*, XXIII, 1893.
- Rothmann** (O.). — Beitr. z. Enteritis membranacea, *Zeitschr. f. klin. Med.*, XXIII, 1890.
- Société de chirurgie*, 1896.
- Société médicale des hôpitaux*, 1896, 1897, 1899.
- Vouzelle.** — Thèse de Paris, 1900.
- Vorbe.** — Thèse de Lyon, 1898.
- Wannebroucq.** — De l'entérite interstitielle, et particulièrement du siège et de la nature de cette affection, *Assoc. pour l'avancement des Sc.*, Lille, 1874.
- Weinberg.** — Thèse de Paris, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
Historique.	11
Pathogénie de l'appendicite observée au cours de l'entéro- colite muco-membraneuse.	14
Anatomie pathologique	21
Symptômes	26
Diagnostic	30
Pronostic.	34
Traitement	35
OBSERVATIONS.	39
CONCLUSIONS.	87
